

**Effektivität des Einsatzes von Simulationspatienten in der Lehre in
klinischen und vorklinischen Settings**

DISSERTATION

zur Erlangung des akademischen Grades

Doctor philosophiae (Dr. phil.)

der Philosophischen Fakultät der

Universität Rostock

vorgelegt von

Erzsébet Matthes aus Rostock

Rostock

Gutachter:

1. Prof. Dr. Henri Julius, Universität Rostock, Institut für Sonderpädagogische
Entwicklungsförderung und Rehabilitation
2. Prof. Dr. Peter Kropp, Universitätsmedizin Rostock, Institut für Medizinische Psychologie
und Medizinische Soziologie
3. Prof. Dr. Wolfgang Gaissmaier, Universität Konstanz, Social Psychology and Decision
Sciences

Jahr der Einreichung: 2018

Jahr der Verteidigung: 2018

Zusammenfassung

Keywords: Arzt-Patient-Beziehung, Ärztliche-Kommunikation, Einsatz von Simulationspatienten

Relevanz: Ärzte sollen schon im Medizinstudium die Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung erlernen. In dieser Studie wurde untersucht, wie die seit 2013 durchgeführten Lehrveranstaltungen zum Thema „Ärztliche Gesprächsführung“ an der Universitätsmedizin Rostock von den Teilnehmern bewertet wurden.

Methoden: An der Untersuchung nahmen insgesamt 12 Lehrpersonen teil und im Untersuchungszeitraum wurden 919 Fragebögen von Studierenden eingereicht (m: $n = 329$, w: $n = 560$, jüngere Studierende $n = 430$, ältere Studierende $n = 367$). Durchgeführt wurde eine Kombination aus Querschnitt- und Längsschnittstudie und es erfolgten über fünf Semester hindurch schriftliche Befragungen der Studierenden. Die Fragebögen beinhalteten neun geschlossene Fragen nach den Richtlinien der Likert-Skala sowie zwei offene Fragen. Alle Daten wurden deskriptiv statistisch und inferenzstatistisch analysiert und die offenen Fragen mit der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Das Problem der multiplen Testung wurde mit der Bonferroni-Adjustierung korrigiert.

Ergebnisse: Lehrpersonen bewerteten die Einsätze mit Simulationspatienten als realitätsnah, praxisrelevant und sinnvoll. Studierende beurteilten die Lehrveranstaltungen bezüglich der Relevanz, Motivation und des Selbstvertrauens, unabhängig vom eigenen Geschlecht und Alter überwiegend positiv. Angewendete Feedbackmethoden im Rahmen der Seminare bewerteten weibliche Studierende signifikant positiver ($p = 0,02$) als die männlichen Studierenden. Der Einsatz von professionellen Schauspielern im Vergleich zu Laiendarstellern wurde von den teilnehmenden Studierenden in Bezug auf Realitätsnähe ($p = 0,00$) und Rückmeldung ($p = 0,00$) signifikant positiver bewertet, diese Signifikanzen konnten auch nach der Bonferroni-Korrektur bestätigt werden. Lehrpersonen und Studierende gaben in den offenen Fragen an, dass sie mehr Fallvariabilität, geeignete Räumlichkeiten und mehr Zeit zum Üben wünschen.

Folgerungen: An der Universitätsmedizin Rostock sollte ein longitudinales Curriculum für Ärztliche Gesprächsführung entwickelt werden, damit die Studierenden einen klaren Entwicklungspfad durchlaufen können. Der Einsatz von professionellen Schauspielern als Simulationspatienten ist sinnvoll, um herausfordernde Gesprächssituationen bestmöglich trainieren zu können. Für die Qualitätssicherung sollten die Lehrveranstaltungen weiterhin evaluiert werden.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	i
Tabellenverzeichnis.....	ii
Abkürzungsverzeichnis	iii
1 Einleitung	6
2 Forschungstheoretischer Hintergrund	8
2.1 Qualität von Beziehungen in professionellen Settings.....	8
2.1.1 Qualität von Beziehungen in der Pädagogik	9
2.1.2 Qualität von Beziehungen in der Psychologie	10
2.1.3 Qualität von Beziehungen in der Medizin.....	12
2.2 Wirkmechanismen von professionellen Beziehungen	14
2.2.1 Die Bindungstheorie.....	14
2.2.1.1 Die Verhaltenssysteme	15
2.2.1.2 Die internalen Arbeitsmodelle von Bindung.....	17
2.2.1.3 Transmission von Bindung und Komplementäres Verhalten.....	21
2.2.1.4 Neurobiologische Grundlagen von Bindung.....	23
2.2.2 Kommunikation.....	26
2.2.2.1 Begriffsbestimmungen	26
2.2.2.2 Verbale und nonverbale Kommunikation	27
2.2.2.3 Bestandteile der nonverbalen Kommunikation	28
2.2.2.4 Ausgewählte Kommunikationsmodelle	33
2.2.2.5 Synthese von Bindungstheorie und Kommunikationstheorie von Watzlawick.....	35
2.2.2.6 Heilende Beziehungen.....	40
2.2.3 Ärztliche Gesprächsführung.....	42
2.2.3.1 Gesprächstechniken in der ärztlichen Kommunikation	43
2.2.3.2 Status	47
2.2.3.3 Typische Gesprächssituationen in der Medizin	49
2.2.3.4 Exkurs Feedback	52
2.2.4 Forschungsstand zur Ärztlichen Gesprächsführung.....	53
2.3 Szenisches Spiel in der Medizin.....	56
2.3.1 Begriffserklärung	57
2.3.2 Neurobiologie und Szenisches Spiel	57
2.3.3 Lernen durch szenisches Spiel	58
2.3.4 Interdisziplinarität des Fachbereiches Theaterpädagogik	59
2.3.5 Einsatz von Rollenspielen in der Medizin.....	60
2.4 Ärztliche Kommunikation in der Medizinerausbildung.....	62
2.4.1 Ärztliche Gesprächsführung in der Lehre - Vergleich der Universitäten	62
2.4.2 Das Rostocker Mediziner Trainingszentrum.....	65

2.4.2.1	Lehrveranstaltungen mit Simulationspatienten an der Universitätsmedizin Rostock.....	67
2.5	Fragestellung und Hypothesen	71
3	Methodik	73
3.1	Stichprobe.....	73
3.2	Forschungsstrategie	74
3.3	Untersuchungsablauf.....	74
3.4	Messinstrumente.....	76
3.5	Statistische Auswertungsmethoden.....	76
3.5.1	Statistische Auswertung der geschlossenen Fragen des Fragebogens	76
3.5.2	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	78
4	Ergebnisse	79
4.1	Deskriptive Ergebnisse der geschlossenen Fragen.....	79
4.1.1	Deskriptive Ergebnisse des Dozenten-Fragebogens	79
4.1.2	Deskriptive Ergebnisse des Studierenden-Fragebogens.....	82
4.2	Ergebnisse Inferenzstatistik und Hypothesenprüfung.....	86
4.3	Deskriptive Ergebnisse der offenen Fragen	92
4.3.1	Deskriptive Ergebnisse der offenen Fragen aus dem Dozenten-Fragebogen.....	92
4.3.2	Deskriptive Ergebnisse der offenen Fragen aus dem Studierenden-Fragebogen.....	93
5	Interpretation und Diskussion	99
5.1	Interpretation der Ergebnisse	99
5.1.1	Interpretation der Ergebnisse des Dozenten-Fragebogens	99
5.1.2	Interpretation der Ergebnisse des Studierenden-Fragebogens	100
5.1.3	Interpretation der Ergebnisse der Inferenzstatistik.....	102
5.2	Methodenkritische Reflektion	104
6	Zusammenfassung und Ausblick	106
	Literaturverzeichnis.....	109
	Anhang A	III
	Anhang B.....	V
	Anhang C.....	VI
	Anhang D	VII

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1:</i>	<i>Kommunikationsquadrat nach Schulz von Thun (2017)</i>	<i>35</i>
<i>Abbildung 2:</i>	<i>Darstellung der Ergebnisse des Dozenten-Fragebogens der Items 10 und 11.....</i>	<i>81</i>
<i>Abbildung 3:</i>	<i>Darstellung der Häufigkeiten der Antworten von Item 1 bis 9 des Studierenden-Fragebogens</i>	<i>82</i>
<i>Abbildung 4:</i>	<i>Darstellung der Häufigkeiten der Antworten von Item 10 bis 12 des Studierenden-Fragebogens</i>	<i>85</i>
<i>Abbildung 5:</i>	<i>Darstellung Relevanz der Lehrveranstaltungen bezüglich der Geschlechterunterschiede</i>	<i>86</i>
<i>Abbildung 6:</i>	<i>Darstellung des erhaltenen Feedbacks der Lehrveranstaltungen bezüglich der Geschlechterunterschiede.....</i>	<i>87</i>
<i>Abbildung 7:</i>	<i>Darstellung der eigenen Motivation in der Lehrveranstaltungen bezüglich der Geschlechterunterschiede.....</i>	<i>88</i>
<i>Abbildung 8:</i>	<i>Darstellung des Selbstvertrauens in den Lehrveranstaltungen bezüglich der Geschlechterunterschiede</i>	<i>89</i>
<i>Abbildung 9:</i>	<i>Darstellung der Ergebnisse bezüglich der Altersunterschiede.....</i>	<i>90</i>
<i>Abbildung 10:</i>	<i>Darstellung der Bewertungen über die professionelle Schauspieler und Laiendarsteller</i>	<i>91</i>
<i>Abbildung 11:</i>	<i>Darstellung der Häufigkeiten von positiven Feedbacks aus den offenen Fragen des Studierenden-Fragebogens</i>	<i>93</i>
<i>Abbildung 12:</i>	<i>Darstellung der Häufigkeiten von positiven Aussagen zum Setting aus den offenen Fragen des Studierenden-Fragebogens.....</i>	<i>94</i>
<i>Abbildung 13:</i>	<i>Darstellung der Häufigkeiten von positiven Aussagen zu den Übungen aus den offenen Fragen des Studierenden Fragebogens</i>	<i>95</i>
<i>Abbildung 14:</i>	<i>Darstellung der Häufigkeiten von konstruktiver Kritik bezüglich Feedback aus den offenen Fragen des Studierenden-Fragebogens.....</i>	<i>96</i>
<i>Abbildung 15:</i>	<i>Darstellung der Häufigkeiten von konstruktiver Kritik bezüglich des Settings aus den offenen Fragen des Studierenden-Fragebogens</i>	<i>97</i>
<i>Abbildung 16:</i>	<i>Darstellung der Häufigkeiten von konstruktiver Kritik bezüglich der Übung aus den offenen Fragen des Studierenden-Fragebogens.....</i>	<i>98</i>

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1:</i>	<i>Gesprächszweck nach Bucka-Lassen 2011</i>	<i>44</i>
<i>Tabelle 2:</i>	<i>Hochstatus und Tiefstatus im Vergleich.....</i>	<i>48</i>
<i>Tabelle 3:</i>	<i>Vergleich des Einsatzes von Simulationspatienten in den ausgewählten Universitäten.....</i>	<i>64</i>
<i>Tabelle 4:</i>	<i>Überblick der Lehrveranstaltungen mit Simulationspatienten an der UMR Stand Juni 2017.....</i>	<i>68</i>
<i>Tabelle 5:</i>	<i>Zeitpunkt der untersuchten Lehrveranstaltungen</i>	<i>74</i>
<i>Tabelle 6:</i>	<i>Zeitlicher Ablauf der Untersuchung</i>	<i>75</i>

Abkürzungsverzeichnis

GBS	Guillain-Barré-Syndrom
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
IMPMS	Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
KAI-WF	Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie
KISS	Kölner Interprofessionelles Skills Lab & Simulationszentrum
MA	Mitarbeiter
MET-Studie	Multidimensionaler Empathie Test
MS	Multiple Sklerose
NKLM	Nationaler Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin
OP	Operation
OSCE	Objective Structured Clinical Examination
QB 14	Querschnittsbereich 14 Schmerzmedizin
RoMeTz	Rostocker Mediziner Trainingszentrum
SkillsLab	Skills Labore
SP	Simulationspatient
SP's	Simulationspatienten
SS	Sommersemester
UKJ	Kinder- und Jugendklinik Universitätsmedizin Rostock
UMR	Universitätsmedizin Rostock
WE	Wochenende
wiss. MA	wissenschaftliche Mitarbeiter
WS	Wintersemester

1 Einleitung

Am 31. März 2017 hat das Bundesministerium für Bildung den neuen „Masterplan Medizinstudium 2020“ veröffentlicht. Bund und Länder haben gemeinsam eine Reform der Mediziner Ausbildung beschlossen. Die Änderungen betreffen nicht nur die Zulassungsvoraussetzungen, sondern auch die Struktur des Studiums sowie die Ausbildungsinhalte. „Ein besonderes Augenmerk gilt der Arzt-Patient-Kommunikation, die maßgeblich die Arzt-Patienten-Beziehung, den Behandlungserfolg und das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten beeinflusst“ (Bundesministerium für Gesundheit, Masterplan Medizinstudium 2020, 2017, S. 1). Im Studium sollen verstärkt kommunikative Kompetenzen ausgebildet und die Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung vermittelt werden. Dabei sollen diese Fähigkeiten kontinuierlich weiterentwickelt werden (Bundesministerium für Gesundheit, Masterplan Medizinstudium 2020, 2017). Die Hochschulen haben nun weniger als 2 Jahre Zeit, um sich auf diese Reform vorzubereiten. Dabei können sie sich an Modellstudiengängen, wie an der Universität zu Köln, der Berliner Charité oder der Universität Heidelberg, orientieren. Das Gemeinsame an diesen Modellstudiengängen ist, dass in der Mediziner Ausbildung stärker die Theorie mit der Praxis verbunden ist und die Grundlagen der Ärztlichen Gesprächsführung einen hohen Stellenwert besitzen.

Die Kommunikation hat in den letzten zehn Jahren in der Mediziner Ausbildung immer mehr an Bedeutung gewonnen. So wurde 2012 die Approbationsordnung für Ärzte geändert, Ärztliche Gesprächsführung wurde Teil des Staatsexamens. 2015 wurde der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) verabschiedet, der auch als Wegweiser neben dem „Masterplan Medizinstudium 2020“ dienen soll.

Ärztliche Gesprächsführung in der Mediziner Ausbildung ist in unserer Zeit mehr als aktuell. Es ist ein gesundheitspolitisches Ziel, dass die zukünftigen Mediziner neben dem fachtheoretischen Wissen auch soziale und kommunikative Kompetenzen aufweisen. Diese Kompetenzen können praktisch nur durch das Üben ärztlicher Gesprächsführungen erlernt werden. Die Universitäten haben eine neue didaktische Aufgabe. Unter welchen Bedingungen und mit welcher Methode kann Kommunikation gelehrt werden? Welche ärztlichen Gesprächssituationen sollen im Studium geübt werden? Wie soll die Rückmeldung und die Bewertung solcher Übungen konzipiert werden?

Auf diese Fragen geben mittlerweile zahlreiche Fachbücher, wie von Langewitz (2012) oder von Schweickhardt & Fritzsche (2016) eine Antwort.

Die Rollenspiele mit Simulationspatienten und akribisch erarbeiteten Fallvignetten, mit einer großen Breite von möglichen Gesprächssituationen, erobern die medizinischen

Lehrveranstaltungen. Es sind nur noch die finanziellen Mittel, die den Möglichkeiten Grenzen setzen.

An der Universitätsmedizin Rostock (UMR) werden seit dem Jahr 2013 in Kooperation mit dem Rostocker Mediziner Trainingszentrum (RoMeTz) Seminare zum Thema „Ärztliche Gesprächsführung“ durchgeführt. Von 2013 bis 2017 wurden in neun verschiedenen Fachbereichen Lehrveranstaltungen entwickelt und evaluiert. Eine wissenschaftliche Auswertung der Seminarevaluation gab es bis jetzt an der UMR noch nicht.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, zu untersuchen, wie die seit 2013 entwickelten und durchgeführten Lehrveranstaltungen zum Thema „Ärztliche Gesprächsführung“ an der UMR von der Seminarleitung und den teilnehmenden Studierenden bewertet werden.

Die Arbeit wurde in zwei Bereiche gegliedert. Im theoretischen Teil werden die Leser zunächst von der professionellen Beziehungsgestaltung (2.1) sowie von der menschlichen Kommunikation und Bindung über die Ärztliche Gesprächsführung bis hin zum aktuellen Stand der Forschung der ärztlichen Kommunikation in der Praxis und in der Mediziner Ausbildung geführt (Kapitel 2.2). Im nächsten Kapitel (2.3) liegt der Fokus auf dem Thema „Szenisches Spiel in der Medizin“. Folgend wird vorgestellt, wie das Üben ärztlicher Kommunikation in der Mediziner Ausbildung an der UMR und anderen Hochschulen umgesetzt wird (2.4). Nach der theoretischen Einführung werden im Kapitel 2.5 die Fragestellungen und Hypothesen dieser Arbeit präsentiert.

Mit Kapitel 3 beginnt der empirische Teil der Arbeit, hier werden zunächst die Forschungsmethode und der Untersuchungsablauf beschrieben. Nachfolgend, im Kapitel 4, werden die deskriptiven Ergebnisse sowie die Ergebnisse der Inferenzstatistik und Hypothesenprüfung der Untersuchung dargestellt. Das sich anschließende Kapitel 5 dient der Interpretation und Diskussion der gewonnenen Ergebnisse. Mit der darauf folgenden kritischen Betrachtung wird das Vorgehen der Untersuchung ausgewertet.

Die Arbeit schließt mit dem Kapitel 6 ab, indem nicht nur die relevanten Ergebnisse zusammengefasst werden, sondern mit Hilfe der aus der Studie gewonnenen Erkenntnisse ein Ausblick für die Praxis erfolgt.

Es sei darauf hingewiesen, dass aus Gründen der besseren Lesbarkeit im folgenden Text die männliche Form die weibliche Form mit einschließt.

2 Forschungstheoretischer Hintergrund

Lebewesen kommunizieren miteinander. Dazu werden Laute, der Körper und bei Menschen die Sprache eingesetzt. Menschen aus verschiedenen Kulturen sind fähig, sich mit Handzeichen, Mimik und Gestik zu verständigen. Kommunikation kann sogar dann entstehen, wenn die Beteiligten sich nicht am gleichen Ort befinden, in Form von Telefonaten, Briefen, Nachrichten über Smartphone und Computer. Schetsche (2014) untersucht sogar, wie Lebewesen unterschiedlicher Spezies (Mensch - Hund) und wie auch Lebewesen mit unterschiedlichen Arten der technischen Intelligenz (Mensch - Maschine) kommunizieren.

Kommunikation ermöglicht es den Menschen, mit anderen in Beziehung zu treten. Die Art und Weise wie der Mensch kommuniziert, wird auch vom individuellen Kommunikationsstil und von den jeweiligen Beziehungserfahrungen beeinflusst. In den unterschiedlichsten Berufsfeldern, wie zum Beispiel in der Pädagogik, in der Psychologie oder in der Medizin, sind professionelle Beziehungsgestaltung und professionelle Kommunikation die Grundvoraussetzungen für gelungene Arbeit. Im folgenden Kapitel werden zunächst die Bedingungen für gelungene Beziehungen in ausgewählten Berufsfeldern vorgestellt. Im darauffolgenden Abschnitt werden die Bindungstheorie und die Begriffe Kommunikation, verbale und nonverbale Kommunikation, Bestandteile der nonverbalen Kommunikation, ausgewählte Kommunikationsmodelle und Status beschrieben, im Kapitelabschluss liegt der Fokus auf der Spezifität der Ärztlichen Gesprächsführung.

2.1 Qualität von Beziehungen in professionellen Settings

Ein wichtiger Vertreter für die Gestaltung von Beziehungen in therapeutischen Settings ist Carl Rogers. Der Psychologe formulierte Regeln für eine klientenzentrierte Gesprächsführung aus humanistischer Perspektive. Er betont, dass jeder Mensch nach Autonomie und Selbstverwirklichung strebt. Aus diesem Grund sollten Berater und Therapeuten den Klienten zu dieser Autonomie verhelfen, indem sie drei Verhaltensweisen aufweisen, welche die Kommunikation mit dem Klienten ermöglichen. Diese Verhaltensweisen entsprechen den drei Säulen Kongruenz, Wertschätzung und Empathie (Röhner & Schütz, 2012).

Unter Kongruenz versteht Rogers (2013) die Übereinstimmung mit sich selbst. Der Therapeut ist sich selbst gegenüber treu, er zeigt, wer er wirklich ist und verstellt sich nicht. Gegenüber seinem Klienten zeigt er eine akzeptierende Haltung durch Wertschätzung oder positive Zuwendung. Er schätzt seinen Klienten, gestattet ihm Gefühle zu zeigen und achtet den Menschen, mit dem er es zu tun hat. Durch Empathie sollte der Therapeut für die persönliche

Welt des Klienten ein präzises, einführendes Verstehen entwickeln und in der Lage sein, dass Verstandene zu reflektieren und dem Klienten mitzuteilen.

Die von Rogers formulierten Grundsäulen wurden mit der Zeit nicht nur für die Gesprächstherapeuten relevant. Seine Regeln eroberten auch andere Berufszweige, in denen zwischenmenschliche Kommunikation und Beziehungsgestaltung eine wichtige Rolle einnehmen.

Im folgenden Abschnitt werden die Prädikatoren von Beziehungsqualität bezüglich der Interventionseffekte in der Pädagogik, in der Psychologie und in der Medizin vorgestellt, darüber hinaus wird untersucht, welche gemeinsamen Wirkmechanismen zu erkennen sind.

2.1.1 Qualität von Beziehungen in der Pädagogik

„Entwicklung vollzieht sich in weiten Bereichen im Kontext von Beziehungen“ (Julius, 2014, S. 3). Für die gesunde psychische, physische und kognitive Entwicklung für Kinder jeder Altersstufe sind stabile, sichere und unterstützende Beziehungen unerlässlich. In der UN-Kinderrechtskonvention (20.11.1989) wurde unter anderem in mehreren Artikeln das Recht auf Bindung und soziale Beziehungen (Art. 8, 9, 10, 11; Art. 20, 21, 22), sowie das Recht auf Wissen und Bildung (Art. 17; Art. 28, 29, 30, 31) und das Recht auf Liebe und Akzeptanz (Präambel, Art. 6; Art. 12, 13, 14) formuliert (Ziegenhain & Fegert, 2014).

Neben den Eltern und anderen engen Familienmitgliedern gehen Kinder mit ihren Erziehern und Lehrpersonen bedeutungsvolle Beziehungen ein, daher beinhalten pädagogische Beziehungen auch Bindungsaspekte (Julius, 2001; Pianta, Steinberg, & Rollins, 1995). Wenn Kinder von ihren primären Bindungspersonen Bindungssicherheit erfahren haben, sind sie für neue Beziehungen offener und es fällt ihnen im schulischen Kontext leichter, von Lehrern und Mitschülern Unterstützung anzunehmen (Noam & Fiore, 2004).

Da Kinder ihre Bindungsmuster auf neue, vor allem professionelle Beziehungen übertragen (Achatz 2007; Aschauer, 2006; Howes & Hamilton 1992; Goossens & van Ijzendoorn, 1990), beeinflusst die Bindungsqualität des Kindes die Lehrer-Schüler-Beziehung signifikant (Achatz, 2007; Aschauer 2006).

Pädagogische Beziehungen finden überwiegend in Gruppen statt, so wird die individuelle Lehrer-Schüler-Interaktion auch von der Gruppe beeinflusst (Ahnert et al. 2006). Die Lehrperson muss ihre Aufmerksamkeit und Zuwendung in der Gruppe teilen, die Gruppe steuern und für jeden Schüler verfügbar sein, somit ist eine professionelle Handlungskompetenz seitens der Pädagogen unverzichtbar.

Al Yagon und Mikulincer (2004) stellten in ihrer Untersuchung fest, dass sich Lehrkräfte zu Schülern mit einem unsicheren Bindungsstil weniger verbunden fühlten. Somit waren sie diesen Schülern gegenüber weniger verfügbar und öfter abweisend. Gleichzeitig fanden sie heraus, dass die Lehrkräfte Schüler mit sicheren Bindungsmustern liebenswerter beurteilt hatten, als jene mit unsicheren Bindungsmustern. Ähnliche Ergebnisse zeigen auch die Studien von Günther (2012), sowie O'Connor & McCartney (2006) und Rydell, Bohlin & Thorell (2005).

Eine positive Lehrer-Schüler-Beziehung steigert den Lernerfolg der Schüler (Noam & Fiore, 2004) und wirkt sich positiv auf deren sprachliche und kognitive Entwicklung sowie auf die sozialen Kompetenzen aus (Pianta et al. 1995, Burchinal et al. 2008, Mashburn et al. 2008, O'Connor et al. 2012, Ahnert et al. 2013).

Wie wichtig in der Pädagogik die Qualität von Beziehungen sind, konnte auch John Hattie's Bildungsstudie nachweisen (2013). In seiner Meta-Analyse hat der Faktor „Lehrer-Schüler-Beziehung“ eine sehr hohe Effektstärke von 0,72 erreicht. Das beweist, dass Lehrkräfte nicht nur Wissen und Können aufzeigen müssen, Hattie fordert „schülerzentrierte“ und „leidenschaftliche“ Lehrpersonen. Unterricht soll ein Miteinander sein, in dem Lehrer und Schüler sich gegenseitig brauchen.

2.1.2 Qualität von Beziehungen in der Psychologie

Therapeutische Beziehungen sind klar geregelte, professionelle, asymmetrische Beziehungen. Der Therapeut arbeitet im Auftrag des Klienten und unterliegt der Schweigepflicht. Der Klient zahlt für die Therapie, welche zeitlich begrenzt ist. Aufgabe des Therapeuten ist es, den Klienten bei der Lösung seiner Probleme zu unterstützen, ihm zum Finden von Lösungswegen zu verhelfen und Selbstheilungsprozesse zu aktivieren (Mahr, 2018).

„Die wichtigste und wesentlichste Voraussetzung für das Gelingen von Psychotherapie ist die therapeutische Beziehung“ (Mahr, 2018, S. 124). Alle Therapieschulen erkennen diese Aussage an und auch in der psychotherapeutischen Forschung konnte mehrmals bewiesen werden, dass die Qualität der Therapeut-Klient-Beziehung der größte und wichtigste Wirkfaktor der Psychotherapie ist (Cooper, 2008; Lambert & Bartley, 2001; Nacross, 2002; Watson & Greenberg & Lietaer, 2010).

Wie die Bindungsmerkmale von Patienten die Psychotherapie beeinflussen, wurde in zahlreichen Studien untersucht. Meredith, Strong & Feeney (2007) sowie Meyer & Pilkonis (2001) konnten nachweisen, dass der Therapieerfolg bei Klienten mit sicherem Bindungsmuster günstiger ausfällt, als bei Klienten mit unsicherer Bindungsrepräsentation.

Fonagy et al (1996) stellten bei vermeidenden Klienten günstigere Therapieerfolge fest wohingegen Cryanowski et al. (2002) und Strauss et al. (2006) keine signifikanten Unterschiede ausmachen konnten.

Wie das Bindungsmuster der Therapeuten die Therapie beeinflusst, untersuchten Schauenburg et. al (2010) und eruierten, dass die Bindungsmerkmale der Therapeuten keinen Einfluss auf den Therapieerfolg hatten, aber auf die Interaktionseffekte. Bei Therapeuten mit sicherer Bindung haben psychopathologisch stark beeinträchtigte Patienten einen höheren Therapieerfolg erzielt.

Dass das Bindungsmuster einer Person die Gegenübertragung beeinflussen kann, konnten neben Martin, Buchheim, Berger & Strauß (2007) und in einer Folgestudie auch Kirchmann, Thomas, Brüderle & Strauß (2011) feststellen. In beiden Studien wurde die Gegenübertragungsreaktion von Medizinstudierenden und Psychotherapeuten in der Ausbildung untersucht, wobei den Probanden Interviewausschnitte von Personen mit unterschiedlichen Bindungsmustern auf Tonband vorgespielt wurden. Die Zuhörer bewerteten ihr Wohlbefinden gegenüber unsicher vermeidend oder unsicher ambivalenten Personen negativer als gegenüber Personen mit sicheren Bindungsmustern. Personen mit sicheren und ambivalenten Bindungsmustern wurden kooperativer wahrgenommen, am freundlichsten wurden die Interviewten mit sicherer Bindungsrepräsentation bewertet, gefolgt von ambivalent gebundenen Personen. Für das Item Kontaktbereitschaft wurde eine Rangfolge der jeweiligen Gruppen erstellt wobei sich Unterschiede ergaben. Die Rangfolge der Therapeuten in der Ausbildung lautete *sicher – ambivalent – vermeidend*, die der Medizinstudierenden dagegen *ambivalent – sicher – vermeidend*. Hier zeigt sich, dass die Therapeuten in der Ausbildung schon Wissen über die Bindungstheorie aufweisen und dass ihnen ambivalente Verhaltensweisen sowie die damit verbundenen therapeutischen Herausforderungen bekannt sind. Die Autoren stellen fest, dass die Kenntnis des Bindungsmusters von Patienten für Beziehungsgestaltung und Therapieerfolg gewinnbringend sein könnte, daher ist es von Nöten, weitere empirische Studien diesbezüglich durchzuführen.

Ein weiterer Wirkfaktor für die Qualität von Beziehungen in therapeutischen Settings ist die nonverbale Kommunikation (Kiesler, 1979; Philippot & Feldmann & Coats, 2003; Strupp & Binder, 1984). Ramseyer (2010) untersuchte sogar die Effekte von nonverbaler Synchronisation im psychotherapeutischen Kontext. Die Ergebnisse zeigen, dass nonverbale Synchronisation in therapeutischen Settings überzufällig zu finden ist, mit der Beziehungsqualität von Therapeuten-Klienten zusammenhängt und nicht zuletzt, je öfter

Therapeut und Klient während der Therapie miteinander nonverbal synchronisieren, umso größer ist der Therapieerfolg.

2.1.3 Qualität von Beziehungen in der Medizin

Die Möglichkeiten der Gestaltung von Arzt-Patient-Beziehungen haben Emmanuel, E. J. & Emmanuel, L. I. (1992) in ihrer Arbeit „Four Models of the Physician-Patient Relationship“ ausformuliert. In der deutschsprachigen medizinischen Literatur wird auf diese Arbeit oft Bezug genommen. Emanuel & Emanuel (1992) unterscheiden drei Modelle der Arzt-Patient-Beziehung (zitiert nach Faller, 2012; Fritzsche & Wirsching, 2006; Langkafel & Lüdke, 2008):

1. das paternalistische Modell
2. das Konsumenten- oder Dienstleistungsmodell
3. das partnerschaftliche Modell

Im *paternalistischen Modell* übernimmt der Arzt eine Art elterliche Autorität und entscheidet wohlwollend über den unmündigen Patienten hinweg. Der Arzt ist der Experte, der Wissende und weiß, was für seinen Patienten gut ist. Der Patient bleibt dabei passiv, trifft keine autonome Entscheidung, er wird bevormundet. Dieses Modell ist nicht mehr zeitgemäß, da Patienten sich vielseitig informieren können, eine freie Arztwahl haben und autonom Entscheidungen über ihre Gesundheit treffen wollen (Faller, 2012; Fritzsche 2006; Langkafel & Lüdke, 2008).

Da Patienten sich selber über ihre Krankheit und über die Leistungen der Ärzte informieren können, wählen sie auch vermehrt frei aus, wo sie behandelt werden wollen. Im *Dienstleistungsmodell* werden der Arzt als medizinischer Dienstleister und der Patient als Kunde beschrieben. Der Arzt ist der Fachmann aber auch eine Art Verkäufer oder Berater, der den Patienten begleitet. Die Entscheidungen über sich selbst trifft hier jedoch der Patient. Im Mittelpunkt steht die Patientenzufriedenheit (Faller, 2012; Fritzsche, 2006; Langkafel & Lüdke, 2008).

Beide Modelle zeigen eine asymmetrische Beziehung auf, mit dem Unterschied, dass im Dienstleistungsmodell der Patient als autonome, entscheidungsfähige Person wahrgenommen wird.

In dem *partnerschaftlichen Modell* kooperieren Arzt und Patient miteinander. Die Informationen kommen nicht nur vom medizinischen Fachmann, auch der Patient selbst bringt Informationen, Wissen, Ziele und Erwartungen mit in die Beziehung ein. Die Ängste, die Lebensumstände und auch die Persönlichkeit des Patienten werden von dem Arzt

respektiert. Durch die gemeinsam erarbeiteten Werte und Ziele werden die Rahmenbedingungen, Wünsche und Möglichkeiten für die Behandlung miteinander festgelegt. Dieses Modell fordert von dem Arzt hohe kommunikative Kompetenzen und bietet die Grundlage für die partizipative Entscheidungsfindung - „shared decision-making“ (Faller, 2012; Fritzsche, 2006; Langkafel & Lüdke, 2008).

Faller (2012) definiert "Shared decision-making" aus verschiedenen Quellen wie folgt:

- In den Prozess sind mindestens zwei Beteiligte mit einbezogen (Arzt und Patient).
- Es findet ein wechselseitiger Informationsaustausch statt.
- Der Aushandlungs- und Abwägungsprozess ist partizipativ und interaktiv.
- Es wird gemeinsam eine Entscheidung getroffen, für welche die Beteiligten die Verantwortung gemeinsam übernehmen.

Unter Empowerment bezeichnet Faller (2012, S. 1109) den Prozess,

"in welchem ein kranker Mensch in Eigenregie und/oder in Kooperation mit professionellen Experten Kompetenzen (Wissen, Motivation, Selbstwirksamkeit, Fertigkeiten) erwirbt, die ihn dazu befähigen, informierte, selbstbestimmte Entscheidungen hinsichtlich seiner Gesundheit zu treffen".

Klemperer (2005, S. 75) stellt in seiner Arbeit die von Elwyn et al. entwickelte Skala namens OPTION vor. Hier werden die ärztlichen Kompetenzen, die für einen partizipativen Entscheidungsprozess erforderlich sind, strukturiert:

1. Definition des medizinischen Problems
2. „Gleichgewicht“ der Optionen
3. Beschreibung der Optionen
4. Überprüfung des Verständnisses
5. Erkundung der Vorstellungen, Sorgen und Erwartungen bezüglich der Intervention
6. Rollenerklärung für die Entscheidung
7. Entscheidung treffen
8. Aufschub der Entscheidung, wenn notwendig
9. Überprüfung der Vereinbarungen.

Das Modell des „shared decision making“ ist ein Ideal-Modell, welches jedoch davon ausgeht, dass der Arzt starke kommunikative Kompetenzen hat und eine offene und akzeptierende Haltung gegenüber seinem Patienten aufweist.

In unterschiedlichen Studien wurde in den letzten Jahren untersucht, wie die partizipative Entscheidungsfindung praktiziert wird und wie diese von Ärzten, wie auch von Patienten eingeschätzt wird. Schreiber, Janßen und Pfaff (2003) haben in ihrer Übersichtsarbeit

dargelegt, dass „shared decision making“ vor allem bei Krebserkrankungen, in der Palliativmedizin, sowie bei Herz-Kreislaufkrankungen und Diabetes am häufigsten eingesetzt wird. Knapp die Hälfte der Patienten gaben in unterschiedlichen Studien an, dass sie bei den Behandlungsentscheidungen mitbestimmen wollen (Braun, Marstedt, 2014; Floer et al., 2004; Klemperer, 2005; Schreiber, Janßen & Pfaff, 2003;). Partizipative Entscheidungsfindung wird von Seiten der Ärzte positiv bewertet, aber zahlreiche Untersuchungen ergaben, dass das Modell noch nicht in den praktischen Alltag vorgedrungen ist (Isofort, Redaelli & Butzlaff, 2007). Gründe dafür könnten sein, dass die Mehrheit der Ärzte sich für die Durchführung der partizipativen Entscheidungsfindung nicht genügend ausgebildet und vorbereitet fühlt (Elwyn et al., 1999 nach Klemperer, 2005), dass ein größerer Zeitaufwand befürchtet wird, wie auch die Vermutung, dass nicht alle Patienten das Bedürfnis haben mitzuentcheiden (Légare & Wittmann, 2013).

Fazit ist, dass in den Fachbereichen Pädagogik, Psychologie und Medizin, Beziehungen und Beziehungsgestaltung wichtig sind. Im Vergleich dieser drei Professionen ist festzustellen, dass die Qualität von Beziehungen in der Medizin eher auf kommunikationstheoretischen Grundlagen beruht, statt auf bindungstheoretischen. Welche Wirkmechanismen diese zwei Theorien beinhalten, wird in im nächsten Abschnitt ausführlich dargestellt.

2.2 Wirkmechanismen von professionellen Beziehungen

2.2.1 Die Bindungstheorie

Die Bindungstheorie ist im Kern ein ethologischer Ansatz, der besagt, dass Menschen artspezifische Verhaltensweisen entwickelt haben mit dem Ziel, die Nähe zu einer primären Bezugsperson herstellen zu können (Julius, 2009). Das Konstrukt der Bindung geht auf Bowlby (1969, 1973, 1980) zurück. Bowlby fokussierte sich in seiner Arbeit hauptsächlich auf die Mutter-Kind-Beziehung, zudem schloss er in die Bindungstheorie auch Formen von Beziehungen mit ein, die eine feste, emotionale Rolle zwischen zwei Menschen spielen (Julius, 2014). Bindung kann als ein emotionales affektives Band, das über Zeit und Raum zwischen zwei Personen erhalten und bestehen bleibt, definiert werden (Ainsworth 1979; Sprangler & Zimmermann, 1999; Glogert-Tippelt 2003). Grossmann & Grossmann (2017) ergänzen diese Definition und betonen, dass dieses imaginäre Band zu einer Person bindet, welche als stärker und weiser empfunden wird. Dieses Band kann zu mehreren Personen aufgebaut werden und somit kann ein Mensch auch Bindung zu anderen Familienmitgliedern, aber auch zu außerfamiliären Personen, wie zum Beispiel Freunden, Trainern, Lehrpersonen

oder auch Therapeuten haben. Bindung hat gerade in der frühen und mittleren Kindheit die bedeutendste Funktion, da hier die Beziehungserfahrungen die Bindung zu der Bindungsfigur am stärksten bestimmen und durch diese Erfahrung auch die späteren Beziehungen beeinflusst werden (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn & Juffer, 2003). Der gesamte Lebensverlauf „von der Wiege bis zum Grab“ (Bowlby, 2015, S. 59) wird von Bindung beeinflusst, somit nimmt sie großen Einfluss auf die menschliche Entwicklung wie auch auf die Qualität emotionaler Beziehungen (Günther, 2012). Bindung ist also ein Primärbedürfnis und gibt Sicherheit und Schutz (Bowlby, 2002; Birsch, 1999, 2011) sowie Stressreduktion (Julius, Beetz, Kortschal, Turner, Uvnäs-Moberg, 2014), welche die Bindungsfigur bieten kann. In seinem Konzept beschreibt Bowlby drei unterschiedliche Verhaltenssysteme, die eng miteinander verbunden sind.

2.2.1.1 Die Verhaltenssysteme

Das Bindungsverhaltenssystem hat das Ziel, den Nachkommen vor Gefahren und vor Überlastung durch Stress zu schützen. Durch die Herstellung und Aufrechterhaltung von Nähe zur Bindungsfigur kann dieses Ziel erreicht werden (Bowlby, 1969). Wenn das Kind in Gefahr ist oder unter Stress leidet, wird das Bindungsverhaltenssystem aktiviert (Julius, Beetz, Kortschal, Turner & Uvnäs-Moberg, 2014). Mit Hilfe von unterschiedlichen Signalen, wie zum Beispiel Schreien, Weinen (Signal- und Ausdrucksverhaltensweisen), zeigt das Kind, dass es Nähe braucht oder das Kind stellt diese Nähe selbst her, zum Beispiel durch Klammern (Aktive Verhaltensweisen). Durch das Bindungsverhalten wird die Bindungsfigur also aufgefordert, dem Nähe- und Kontaktbedürfnis des Kindes nachzukommen (Strangler, 1999). Das Bindungsverhalten wird innerhalb des ersten Lebensjahres in das Bindungsverhaltenssystem eingegliedert, das auf eine bestimmte Bindungsfigur ausgerichtet ist (Julius, 2009).

Sichere Bindung kann als primäre Strategie von Bindungsverhalten angenommen werden, da das Pflegeverhalten der Bindungsperson intuitiv und evolutionär vorbestimmt ist (Papoušek, 2001; Bowlby, 2002). Sekundäre Strategien entstehen, wenn Kinder in einer unsicheren Bindungsbeziehung zu ihren Bindungsfiguren stehen. Sie müssen ihr Bindungsverhalten an die vorherrschenden Bedingungen, an das elterliche Fürsorgeverhalten anpassen. Die Beziehungserfahrungen aus der Kindheit können die späteren elterlichen Fürsorgeverhaltensweisen negativ beeinflussen (Bowlby, 2009).

Komplementär zum Bindungsverhalten reagiert die Bindungsfigur durch Fürsorgeverhalten. Wenn das Fürsorgeverhalten aktiviert ist, verfolgt die Bindungsfigur das Ziel, ihr Kind zu

schützen, zu pflegen und zu beruhigen und somit den Stress des Kindes zu regulieren. Durch den sofortigen Aufbau von Nähe, Trost, Liebkosungen und Bedürfnisbefriedigung wird das Bindungsverhalten des Kindes deaktiviert, bei Kind und Bindungsfigur werden positive Gefühle ausgelöst. Beide Systeme sind im physiologischen Sinn aufeinander abgestimmt (Bowlby, 1994). Die Qualität der Interaktionen und die Erfahrungen des Kindes in diesen Interaktionen beeinflussen die Qualität der Bindung zu der Bindungsfigur (Bowlby, 1986).

Fürsorgeverhalten kann auch ohne Bindungssignale aktiviert werden. Eine Erklärung könnte sein, dass die Bindungsfigur proaktiv Stressoren vorbeugt, damit beim Kind das Bindungsverhalten nicht aktiviert wird (Julius, Beetz, Kortschal, Turner & Uvnäs-Moberg, 2014).

Im Zusammenhang mit dem Fürsorgeverhalten steht die Feinfühligkeit. Je feinfühlicher die Bindungsfigur auf die Signale des Kindes reagiert, desto besser kann das Kind dies als sichere Basis nutzen. Dabei sind vier Aspekte zu berücksichtigen. Die Signale des Kindes müssen wahrgenommen (1) und richtig interpretiert werden (2), daraufhin sollte eine prompte (3) und angemessene (4) Reaktion folgen (Ainsworth, 1977).

Das Bindungsverhaltenssystem ist auch in den Beziehungen Erwachsener vorhanden und spielt eine wichtige Rolle. Der Unterschied zur Bindungsfigur-Kind-Beziehung ist, dass die Rollen beim Erwachsenen sich abhängig von der Situation abwechseln (Julius, Beetz, Kortschal, Turner & Uvnäs-Moberg, 2014).

Die dritte wichtige Komponente im Bindungsverhaltenssystem ist das Explorationsverhalten. Unter Explorationsverhalten wird der Antrieb der Kinder verstanden, die Umwelt zu entdecken, mit Gleichaltrigen zu spielen und unterschiedliche Tätigkeiten auszuprobieren (Julius, 2009). Bindungs- und Explorationsverhalten können nicht gleichzeitig auftreten, sie stehen in einem antithetischen Verhältnis - ist das Bindungsverhalten aktiviert, wird das Explorationsverhalten deaktiviert (Günther, 2012). Dieses Aktivierungs- und Deaktivierungsverhältnis beider Verhaltensweisen zueinander lässt sich am Bild einer Wippe verdeutlichen: Auf der einen Seite der Wippe befindet sich das Bindungsverhalten, auf der anderen das Explorationsverhalten. Wenn eine sichere Bindungsbeziehung zwischen Bindungsperson und Kind besteht, sind die Seiten der Wippe ausbalanciert, also die Flexibilität der Antonyme Exploration und Bindung ist vorhanden. Bei Kindern mit unsicherer Bindungsrepräsentation entsteht ein Ungleichgewicht zwischen Bindungsverhalten und Explorationsverhalten. Eine optimale Entwicklung kann nur durch die Balance zwischen beiden Verhaltenssystemen voranschreiten.

Die Wechselbeziehung der beiden Komponenten erklärt Bowlby (2002) wie folgt:

Eine wesentliche Komponente der menschlichen Natur ist der Drang, die Umwelt zu erkunden, zu spielen, und an verschiedensten Aktivitäten mit Gleichaltrigen teilzunehmen. Dieses Verhalten ist antithetisch zum Bindungsverhalten. Wenn eine Person gleich welchen Alters sich sicher fühlt, wird sie sich sehr wahrscheinlich erkundend von ihrer Bindungsfigur wegbewegen. Wird sie erschreckt, ängstlich, müde oder fühlt sie sich unwohl, fühlt sie ein starkes Bedürfnis nach Nähe. So sieht das typische Muster von Interaktionen zwischen Kind und Eltern aus, nämlich die Erkundung von einer sicheren Basis aus. (S. 21)

Isabella & Belsky (1991) beschreiben das Zusammenspiel von Bindungs-, Fürsorge- und Explorationsverhalten mit dem Konzept der Synchronie. Charakteristisch für synchrone Interaktionen ist, dass Bindungsfigur und Kind zeitlich und inhaltlich aufeinander abgestimmt interagieren und diese Interaktionen für beide belohnend wirken. Asynchrone Interaktionen sind dadurch gekennzeichnet, dass die Bindungspersonen auf die Bindungssignale des Kindes kaum reagieren, die Exploration nur beschränkt zulassen oder unterbinden oder keine Reaktionen auf das Bindungsverhalten des Kindes zeigen. Es kann auch vorkommen, dass Kinder aus unterschiedlichen Gründen nicht auf das Fürsorgeangebot der Bindungsfiguren reagieren.

Als Folge von asynchronen Interaktionen entstehen unterschiedliche Formen der unsicheren Bindungsrepräsentation (Julius, Beetz, Kortschal, Turner & Uvnäs-Moberg, 2014).

2.2.1.2 Die internalen Arbeitsmodelle von Bindung

Innere oder internale Arbeitsmodelle von Bindung gelten als geistige Repräsentationen vergangener Beziehungserfahrungen. Sie enthalten sowohl affektive, wie auch kognitive Komponenten und werden bei jedem Menschen entwickelt (Julius, 2009).

Bowlby stellt den Kern von internalen Arbeitsmodellen wie folgt dar:

Jedes Individuum konstruiert Arbeitsmodelle von der Welt und von sich selbst in ihr, mit deren Hilfe es Geschehnisse begreift, die Zukunft antizipiert und seine Pläne konzipiert. In seinem Arbeitsmodell von der Welt (...) ist ein wesentlicher Aspekt seine Idee davon, wer seine Bindungspersonen sind, wo es sie finden könnte und wie sie wohl auf es eingehen könnten. Auf ähnliche Weise ist in seinem Arbeitsmodell von sich selbst ein Schlüsselmerkmal die Vorstellung darüber, wie angenehm oder unangenehm es selbst in den Augen seiner Bindungspersonen ist. (Bowlby, 1998, S. 236)

Die wichtigste Aufgabe der Arbeitsmodelle nach Bowlby (1969) ist, die Erlebnisse der realen Welt nachzuahmen, um dann in bestimmten Situationen sein eigenes Verhalten vorausahnend

planen zu können. Die beste Anpassung an die Umwelt kann nur dann erfolgen, wenn die Simulation der Wirklichkeit gleichkommt. Erfahrungen mit unterschiedlichen Bindungsfiguren erfordern auch unterschiedliche Anpassungen. Diese Erfahrungen müssen als funktionierende Einheit in einem Gesamtmodell integriert werden, welches deutlich erkennbar macht, wie die Umwelt und die Bindungspersonen funktionieren (Fremmer-Bombik, 2002). Eine gelungene Verknüpfung der verschiedenen Erfahrungen bildet eine kohärente und anpassungsfähige Abbildung der Realität. Diese Entwicklung wird von Main, Kaplan & Cassidy (1985) als aktive Konstruktion verstanden, in dem die organisierten Modelle relativ stabil gegenüber tiefgreifenden Veränderungen sind. Eine Neustrukturierung dieser Modelle schließen die Autoren dennoch nicht aus. In gewisser Weise können innere Arbeitsmodelle im Leben eines Menschen als Prototypen für die folgenden Beziehungen dienen (Fonagy, Gergely, Jurist & Target 2018).

Die unterschiedlichen Arbeitsmodelle werden aufgrund der Bindungsentwicklung und Bindungserfahrungen entweder als organisierte Bindungsmuster, mit sicherem (B), unsicher-vermeidendem (A), unsicher-ambivalentem (C) Bindungsmuster, oder als desorganisiertes Bindungsmuster (D) bezeichnet.

Kinder mit sicherem Bindungsmuster (B) haben ihre Bindungsfiguren als feinfühlig, zuverlässig, verfügbar und unterstützend erlebt. Sie haben erfahren, dass belastende, stressauslösende Situationen von der Bindungsfigur durch Nähe, Trost und Zuwendung beendet wurden. Sie sind der Zuverlässigkeit ihrer Bindungsperson sicher, können emotionale Betroffenheit, negative Gefühle und Gefühlszustände äußern. Auch in Trennungssituationen sind sie sich ihrer Bindungspersonen sicher. Sie können sich darauf verlassen, dass die Bindungsfigur feinfühlig und responsiv auf ihre Bindungssignale reagiert. Durch diese sichere Gewissheit steht dem kindlichen Explorationsverhalten nichts im Wege und ihr Aktionsradius ist unbegrenzt (Julius, 2009; Scheuerer-Englisch, 2007). Das sichere Bindungsmuster gilt als wesentlicher Schutzfaktor für die kindliche Entwicklung, sei es im sozialen, psychischen oder kognitiven Bereich (Buchheim, 2016; Eisfeld, 2013). In stressauslösenden Situationen können Kinder mit sicherem Bindungsmuster schneller effektive und konstruktive Lösungen finden, nicht zuletzt fallen diesen Kindern Lernprozesse leichter (Julius, 2009).

Wenn Kinder von Bindungsfiguren Zurückweisung, Gefühlskälte und kein unterstützendes Verhalten erleben, dann entwickeln sie ein unsicher-vermeidendes Bindungsmuster (A). Diese Kinder haben gelernt, dass auf ihr Bindungsverhalten nicht sensitiv und responsiv reagiert wird. Als Konsequenz dieser Erfahrungen und aus Angst wieder zurückgewiesen zu werden, suchen diese Kinder eine neue, funktionierende Strategie und verhalten sich gegenüber der

Bindungsfigur vermeidend. Demnach suchen sie in belastenden Situationen keine Nähe und Unterstützung, sondern zeigen ein erhöhtes Explorationsverhalten. Kinder mit unsicher-vermeidendem Bindungsmuster haben nur eingeschränkt Zugang zu ihrer Gefühlswelt und zeigen Angst, Trauer und Ärger kaum oder nicht mehr. In Trennungssituationen lenken sie sich ab, die Trennung wird scheinbar ignoriert und Explorationsverhalten ist beobachtbar. Dennoch herrscht bei diesen Kindern große Anspannung, welche auch durch Herzfrequenzveränderungen nachweisbar ist (Sroufe & Waters, 1977; Spangler & Grossmann, 1993). Des Weiteren fällt es ihnen schwer über emotionale oder belastende Themen zu sprechen, sie haben ein vermeidendes Kommunikationsverhalten. Zwischen ihren Bindungsverhalten und Explorationsverhalten herrscht ein Ungleichgewicht (Julius, 2009).

Wenn Bindungsfiguren gemäß ihrer Verfügbarkeit unberechenbar sind, dann entwickeln Kinder ein unsicher-ambivalentes Arbeitsmodell (C) von Bindung. Das elterliche Fürsorgeverhalten ist gekennzeichnet von unvorhersehbarer Bedürfnisbefriedigung des Kindes nach Nähe und Trost (Cassidy & Berlin, 1994). Die Konsequenz für das Kind ist, dass sein Bindungsverhalten ein inkonsistentes Pflegeverhalten bei der Bindungsfigur auslöst, seine primäre Bindungsstrategie muss folglich an diese Umstände angepasst werden. Auf das nicht konsistente Fürsorgeverhalten seitens der Bindungsperson reagiert das Kind mit überaktiviertem Bindungsverhalten und geringem Explorationsverhalten. Das Kind versucht permanent die Nähe zur Bindungsfigur aufrecht zu halten. Unsicher-ambivalent gebundene Kinder im Grundschulalter zeigen häufig kleinkindhaftes und anhängliches Verhalten, oft sind sie distanzlos. In Trennungssituationen wird die Nähe schon vor der Trennung vehement gesucht.

Ambivalent gebundene Kinder zeigen aufgrund des nicht beachteten Wunsches nach Nähe sowie aufgrund von unerfüllten Bindungsbedürfnissen Ärger und Wut gegenüber ihren Bindungsfiguren (Julius, Beetz, Kortschal, Turner & Uvnäs-Moberg, 2014). Es fällt ihnen schwer, ihre Emotionen zu regulieren, sie haben keine positive Erwartungshaltung und ihre Problemlösestrategien sind nicht optimal entwickelt.

Bei Kindern mit einem desorganisierten Bindungsmuster (D) sind die organisierten Verhaltens- und Aufmerksamkeitsstrategien zerfallen (Main, 2009). Die Bindungsfiguren geben keinen Schutz und sind nicht unterstützend repräsentiert. Die Kinder erleben sich selbst in stressauslösenden Situationen als vulnerabel und hilflos (Solomon & Georg, 1999). Sie erhalten von ihren Eltern weder Schutz noch Sicherheit (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008). Die Bindungsfiguren können als verletzend, zurückweisend oder vernachlässigend charakterisiert werden. Sie drohen häufig mit Trennung und missbrauchen die Kinder psychisch, physisch

oder sexuell. Sie sind die Quelle der Angst und verursachen Stresszustände beim Kind (Julius, 2009; Julius, Beetz, Kortschal, Turner & Uvnäs-Moberg, 2014). Das Kind gerät in eine paradoxe Situation, sucht bei jemandem Nähe, vor dem es Angst hat (Main, 2009). Um diese traumatischen Beziehungserfahrungen verarbeiten zu können, setzt das Kind Abwehrmechanismen ein und versucht die Erfahrungen aus dem Bewusstsein auszuschließen (Bowlby, 2009). Dieser Mechanismus wird Dissoziation genannt. Wenn die Dissoziation während der traumatischen Situationen gelingt, wird die traumabezogene Information nicht im episodischen Gedächtnis, sondern in einem „abgetrennten System“ gespeichert (Julius, Beetz, Kortschal, Turner & Uvnäs-Moberg, 2014). Bowlby (1982) nennt es „segregated system“. Das System enthält Erinnerungen, Gefühle, bindungsbezogene Verhaltensmuster sowie Kognitionen, aber in der Regel ohne Zugang zum Bewusstsein (Julius, 2009), des Weiteren sind die gespeicherten Inhalte unverarbeitet (Julius, Beetz, Kortschal, Turner & Uvnäs-Moberg, 2014). Desorganisierte Verhaltensweisen werden dann beobachtbar, wenn dieser Abwehrprozess versagt und das abgetrennte System aktiviert wird oder der Versuch einer Aktivierung verhindert werden soll (Julius, 2009). Ist das System aktiviert, zeigen sich Verhaltensweisen beim Sprechen über bindungsrelevante Themen gedankliche und verbale Inkohärenzen (Main, 2009). Katastrophenphantasien werden geäußert, wie endgültige Trennungen zu den Bindungsfiguren sowie Gedanken über Unfälle, Suizid oder Tötung. In diesen Phantasien spiegeln sich die kindliche Hilflosigkeit und Angst wider (Solomon & George, 1999). Bei bindungsrelevanten Themen werden die Bemühungen der Kinder, dieses System inaktiv zu halten, beobachtbar. Sie verfallen im Gespräch häufig in Schweigen, leugnen bindungsrelevante Emotionen oder zeigen massiven Widerstand. Zudem zeigen sie häufig stereotype Verhaltensweisen, in Form von rhythmischem Klopfen, Schaukeln, Wippen mit dem Oberkörper oder auch Verfallen in einen Singsang und Wiederholen von ein und demselben Wort (Julius, 2009; Julius, Beetz, Kortschal, Turner & Uvnäs-Moberg, 2014). Diese Verhaltensweisen können als dissoziative Abwehrversuche verstanden werden, mit dem Ziel, erlebte traumatische Erfahrungen vom Bewusstsein fernzuhalten (Julius, 2001).

Neben dieser Verhaltenssymptomatik zeigen Kinder mit einem desorganisierten Bindungsmuster ab dem Grundschulalter kontrollierendes Verhalten gegenüber ihren Bindungsfiguren und anderen Erwachsenen. Diese Kontrolle wird zum einen als strafende und zum anderen als fürsorgliche Kontrolle beschrieben (Hesse & Main, 2006; Julius, 2009). Durch strafende oder fürsorgliche Kontrolle versucht das Kind Zustände von Hilfslosigkeit und Kontrollverlust zu bewältigen. Solange das Kind selbst die Situation kontrolliert, wird es nicht verletzt. Auf diese Weise kann seine Angst reduziert werden (Julius, 2009; Julius, Beetz,

Kortschal, Turner & Uvnäs-Moberg, 2014). Solomon & George (1999) bezeichnen diese Strategie als brüchig.

Gloger-Tippelt, Vetter & Rauh (2000) ermittelten in einer nicht klinischen Studie die prozentuale Verteilung der Bindungsmuster. Die Stichproben zeigten, dass fast die Hälfte der Kinder sicher (44,9 %) und ein Viertel unsicher-vermeidend (27,7 %) gebunden sind. 6 % der Kinder wiesen ein unsicher-ambivalentes Bindungsmuster auf. Bei 19,9 % der Kinder wurde ein desorganisiertes Bindungsmuster klassifiziert. Ähnliche Ergebnisse zeigt die Studie zum Thema von Seiffge-Krenke (2009).

2.2.1.3 Transmission von Bindung und Komplementäres Verhalten

Zu den eingangs beschriebenen bindungstheoretischen Grundsätzen gehört auch die Annahme, dass das Bindungsverhalten durch die internalen Arbeitsmodelle gesteuert wird. Die Wahrscheinlichkeit ist groß, dass die Bindungserfahrungen, die das Kind mit den primären Beziehungspersonen gemacht hat, in neue Bindungsbeziehungen übertragen werden (Bowlby, 1994; Fonagy, Gergely, Jurist & Target 2018). Demnach wird ein Kind mit vermeidendem Bindungsmuster gegenüber seiner Lehrperson die gleichen Strategien anwenden wie in bisherigen Beziehungen. Das Kind wird zum Beispiel auf die Beziehungsangebote der Lehrperson mit Rückzug und scheinbarer Ignoranz reagieren. Diese Strategie ist für das Kind bekannt und die sicherste Variante, um weitere Zurückweisungen von Seiten der Erwachsenen zu vermeiden (Julius, Beetz, Kortschal, Turner & Uvnäs-Moberg, 2014; Julius, Gasteiger-Klicpera & Kißgen, 2009). Diese Transmissionsprozesse auf außerfamiliäre Beziehungspersonen konnten in zahlreichen empirischen Studien, wie von Achatz (2007), Aschauer (2006), Howe (2003) und Julius, Beetz & Ragnarsson (2017), nachgewiesen werden.

Eine weitere Annahme von Julius (2001) und Pianta, Nimetz, & Bennett, (1997) ist, dass über das bindungsbezogene Verhalten gegenüber neuen Bindungsfiguren die Wahrscheinlichkeit steigt, dass bei der neuen Bindungsfigur komplementäres Verhalten ausgelöst wird. Kinder mit einem unsicheren Bindungsmuster werden demnach zu neuen Bindungspersonen auch eine unsichere Beziehung aufbauen, während sicher gebundene Kinder in diesen neuen Beziehungen mit hoher Wahrscheinlichkeit auch Sicherheit und Schutz erfahren werden.

Diese Hypothese konnte schon in mehreren Studien bestätigt werden. Sicher gebundene Pflegeeltern zeigten schon bei der Pflege von Säuglingen komplementäres Verhalten. Wenn die Kinder nicht den Eindruck erweckten, Zuwendung zu benötigen, dann boten die

Pflegeeltern auch weniger fürsorgliches Verhalten an (Oosterman, De Schipper, Fischer, Dozier, Schuengel, 2010).

Auch in der Lehrer-Schüler-Beziehung konnte das Zusammenwirken von der Transmission von Bindungsverhalten und komplementärem Verhalten seitens der Lehrpersonen nachgewiesen werden. Im Abschnitt 2.1.1 dieser Arbeit wurden einige Ergebnisse schon vorgestellt. Dass Kinder mit unsicheren Bindungsmustern von Erziehern und Lehrpersonen negativer beurteilt werden, konnte auch in den Studien von Suess (1987), Sroufe & Fleesen (1990) sowie Howes & Hamilton (1992) bewiesen werden. Die Lehrpersonen sind gegenüber diesen Kindern emotional distanzierter und zeigen schroffes, kontrollierendes Verhalten. Unsicher ambivalent gebundene Kinder werden von den Lehrpersonen als hilflos erkannt. Durch ihr klammerndes Verhalten bekommen diese Kinder schneller Zuwendung und Aufmerksamkeit von den Lehrern, welche sie aber nicht kontinuierlich, nach dem Bedarf des Kindes erfüllen können. Die Folge sind inkonsistente Reaktionen auf das Bindungsverhalten des Kindes.

Die Untersuchungen von Julius (2001) zeigen, dass auch misshandelnde Beziehungsmuster auf schulische Settings übertragen werden. Die Kinder erwarten von den Lehrpersonen das gleiche Verhaltensmuster, welches sie von ihren Bindungsfiguren erhalten haben. Um die eigene Hilfslosigkeit kompensieren zu können, zeigen Kinder mit desorganisiertem Bindungsmuster entweder kontrollierend-fürsorgliches oder kontrollierend-straftendes Verhalten. Für das Kind ist das die sicherste Strategie, um andere daran zu hindern, es selbst zu kontrollieren. Somit hilft dieses Verhalten Angst und Unsicherheit zu reduzieren. Auch diese Strategie ist eine brüchige Strategie, da zum Beispiel Lehrpersonen oft mit Gegenkontrolle auf das Verhalten reagieren, wodurch beim Kind der Stress erhöht wird.

Das Ziel von professionellem pädagogischen Handeln mit unsicher gebundenen Kindern sollte sein, dass diesen Kindern in Beziehungen eine Diskontinuitätserfahrung vermittelt wird (Julius, Beetz, Kotrschal, Turner, Uvnäs-Moberg, 2014).

Transmission von Bindung und komplementäres Verhalten kann in der Psychologie mit dem Konzept der Übertragung und Gegenübertragung gleichgestellt werden. Therapeuten müssen in der Lage sein, zu erkennen, wann und in welcher Form eine Gegenübertragung stattfindet. Sie müssen reflektieren und die Erkenntnisse auch in Therapieplanung und Ablauf integrieren (Salzberger-Wittenberg, 1973).

2.2.1.4 Neurobiologische Grundlagen von Bindung

Das Bindungsverhaltenssystem und Explorationsverhalten, sowie das Fürsorgeverhaltenssystem sind psychologische Systeme. Sie werden von inneren physiologischen Prozessen beeinflusst und psychobiologisch organisiert (Spangler & Schieche, 2009). Das elterliche Fürsorgeverhalten und die Bedingungen der Umwelt beeinflussen sowohl die psychische wie auch die physische Entwicklung eines Individuums. Die physiologischen Systeme können sogar durch Bindungs- und Fürsorgeverhalten moduliert werden. Diese neurobiologischen Veränderungen wirken sich dann auch auf die Psyche des Individuums aus (Gillath, Shaver, Baek & Chun, 2008). Demzufolge beeinflussen die Bindungserfahrungen die Entwicklung der Stresssysteme und das Oxytocinsystem eines Menschen (Julius, Beetz, Kotrschal, Turner, Uvnäs-Moberg, 2014).

Das Flight-and-fight-System befähigt die Menschen, innerhalb von kürzester Zeit auf eine drohende Gefahr oder auf eine belastende Situation optimal zu reagieren (Kaluza, 2018). Dieses Stresssystem ist evolutionär, seit über 400 Millionen Jahren unverändert und dient dem Überleben in Gefahrensituationen (Julius, Beetz Kotrschal, Turner, Uvnäs-Moberg, 2014).

Das Flight-and-fight-System wird von zwei Systemen gesteuert. Auf den Stressor reagiert einerseits die Sympathiko-Adrenerge-Achse (SA) auch als schnelle Achse genannt, da sie eine sofortige Alarmbereitschaft im Körper auslöst und andererseits die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA), welche als langsam und langanhaltend beschrieben wird.

Bei der Aktivierung der Sympathiko-Adrenerge-Achse (SA) wird im Gehirn der Nervenbotentstoff Noradrenalin produziert. Als nächstes aktiviert Noradrenalin einen Nervenstrang des vegetativen Nervensystems, den Sympathikus, der mit allen wichtigen Organen des Körpers verbunden ist. Noradrenalin stimuliert gleichzeitig das Nebennierenmark, dadurch wird das Hormon Adrenalin freigesetzt. Als Folge reagiert der Körper mit Leistungssteigerung, es kommt zum Anstieg von Herzschlagrate und Blutdruck. Somit ist der Körper auf Flucht und Kampfbereitschaft umgestellt (Kaluza, 2018; Julius, Beetz Kotrschal, Turner, Uvnäs-Moberg, 2014).

Die Aktivierung von Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) bewirkt, dass im Hypothalamus das kortikotrope Hormon (CRF) ausgeschüttet wird. Dieses Hormon gelangt über die Portalgefäße in die Hypophyse und stimuliert dort die Produktion und Ausschüttung des Peptids Adenocorticotrophes Hormons (ACTH). ACTH gelangt durch die Blutgefäße in die Nebennierenrinde und bewirkt dort die Freisetzung eines Steroidhormons, Kortisol. Kortisol hilft dem Körper, sich an Stress anzupassen, indem zum

Beispiel Blutzucker bereitgestellt oder der Organismus auf eine länger anhaltende Belastung vorbereitet wird (Kaluza, 2018, Julius, Beetz Kotrschal, Turner, Uvnäs-Moberg, 2014).

Die Auswirkungen der Stresshormone Adrenalin und Kortisol stellen bei der normalen Aktivierung des Stresssystems grundsätzlich kein gesundheitliches Risiko dar, aber eine chronische Aktivierung, beziehungsweise chronisch erhöhte Kortisolwerte im Körper, kann zu Herzkreislauferkrankungen, Einschränkung des Wachstums, Störungen des Magen-Darm-Traktes, Schwächung des Immunsystems und psychosomatische sowie psychische Störungen führen (Kaluza, 2018).

Die beiden Systeme, SA und HHNA, werden zwar kaum direkt von mütterlicher Feinfühligkeit und früher Sozialisierung beeinflusst, aber die individuelle Feinjustierung dieser Stresssysteme umso mehr, da sie ihre Modulation im sozialen Kontext erfahren (Julius, Beetz, Kotrschal, Turner, Uvnäs-Moberg, 2014).

Der Antagonist von den Stresssystemen ist das Oxytocinsystem. Somit wird dem Flight-and-fight-system das Calm-and-connection-system gegenübergestellt. Das Calm-and-connection-system wird in Situationen aktiviert, die mit Ruhe, Sicherheit und Vertrauen in sozialen Interaktionen einhergehen und mit Zuwendung verbunden sind (Olbrich, 2012). In diesem System wird das Stresslevel reduziert, Nährstoffe für Wachstum und zur Wiederherstellung beziehungsweise zur Heilung des Organismus werden genutzt und die Offenheit für soziale Beziehungen wird gestärkt (Uvnäs-Moberg, 2011). Dabei bekommt das Hormon Oxytocin eine zentrale Rolle. Oxytocin ist ein kleines Protein und wird im Hypothalamus gebildet. Durch die Blutbahn gelingt Oxytocin als Hormon in die meisten menschlichen Organe, aber es dient auch als Überträgerstoff zwischen Nervenzellen im Gehirn. Oxytocin kann auch durch die Nervenzellen per Diffusion in bestimmte Hirnareale abgegeben werden. Oxytocin hat also ein breites Wirkungsspektrum (Uvnäs-Moberg, 2016). Des Weiteren stimuliert Oxytocin die Aktivität des parasympathischen Nervensystems, hemmt die Aktivität des sympathischen Nervensystems, senkt dadurch den Blutdruck und verhindert den Einsatz der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse. Als Folge wird das Kortisolniveau im Körper reduziert. Oxytocin beeinflusst auch andere Übertragungsstoffe, wie Dopamin, Serotonin, Acetylcholin und wirkt schmerzlindernd, da es die Funktion von Endorphinen und Enkephalinen beeinflusst (Olbrich, 2012, Uvnäs-Moberg, 2016). Die Freisetzung von Oxytocin kann durch unterschiedliche Formen erfolgen, wie durch sensorische Stimulation, während der Geburt oder des Stillens oder durch angenehme Nähe zu anderen Lebewesen mit oder ohne Hautkontakt (Julius, Beetz, Kotrschal, Turner, Uvnäs-Moberg, 2014).

Die Effekte von Oxytocin sind ebenfalls weitreichend. Angst und Stress werden durch Oxytocin reguliert, Wohlbefinden und Ruhe werden stärker, Puls und Blutdruck niedriger, die Aktivität des Magen-Darm-Traktes wird positiv beeinflusst und der Mensch wird sozialen Interaktionen gegenüber offener, das Vertrauen wird erhöht und der Zugang zu eigenen Gefühlen erleichtert (Julius, 2014; Uvnäs-Moberg, 2016).

Gerade in der früheren Mutter-Kind-Beziehung gehört Oxytocin zu den wichtigsten Wirkmechanismen. Das Stillen regt auf natürliche Weise bei Mutter und Kind den Anstieg von Oxytocin an, somit werden die mütterlichen Verhaltensweisen verstärkt. Beim Säugling entsteht durch die körperliche Nähe und Sättigung Wohlbefinden. Angst und Stress werden dabei reduziert und die soziale Interaktion wird gestärkt. Infolgedessen wird der Augenkontakt zur Mutter häufiger, das Wachstum wird begünstigt und die Entstehung von Bindung zwischen Mutter und Kind wird positiv beeinflusst (Uvnäs-Moberg, 2016). Die beschriebenen Oxytocineffekte zwischen Mutter und Kind beeinflussen die spätere Stressregulationsfähigkeit des Kindes und den basalen Oxytocinspiegel. Das ist neben der physiologischen Grundlage auch mit dem Lernmechanismus des klassischen Konditionierens zu erklären. Für das Kind wird die Mutter zu einem konditionierten Reiz und bei Stress oder bei Angst kann die Mutter, durch ihre Gegenwart, ihre Stimme oder ihren Geruch das Kind beruhigen und Sicherheit geben, auch ohne Körperkontakt (Julius, Beetz, Kotrschal, Turner, Uvnäs-Moberg, 2014). Durch die adäquate Freisetzung von Oxytocin und die effektive Regulation von Stress können Kinder ein sicheres Bindungsmuster entwickeln, auch ihre Bindungsfiguren haben eine optimale Regulation ihres Oxytocintonus. Bei Menschen mit unsicherem oder desorganisiertem Bindungsmuster sind die Regulationsfähigkeit von Stress und der basale Oxytocinspiegel negativ beeinflusst, da die Bindungsfiguren kein adäquates Fürsorgeverhalten zeigen, bei dem desorganisierten Bindungsmuster sind sie sogar die Stressquelle. Menschen mit einem unsicher vermeidenden und unsicher ambivalenten Bindungsmuster reagieren auf Stresssituationen mit einer erhöhten Freisetzung von Kortisol, während desorganisiert gebundene Personen mit einer stark erhöhten oder einer verminderten Freisetzung von Kortisol reagieren. Auch der basale Oxytocinspiegel unterscheidet sich bei Personen mit unsicheren und desorganisierten Bindungsrepräsentationen von den sicheren. Menschen mit unsicher vermeidendem Bindungsmuster haben einen geringen basalen Oxytocinspiegel, bei jenen mit desorganisiertem Bindungsmuster ist dieser extrem niedrig, ganz im Gegensatz zu unsicher ambivalent gebundenen Personen, die einen sehr hohen Wert aufzeigen (Julius, Beetz, Kotrschal, Turner, Uvnäs-Moberg, 2014).

Fazit ist, dass die Bindungsverhaltenssysteme und die darunterliegenden neurobiologischen Systeme sich an die pathogenen Bedingungen der elterlichen Fürsorge anpassen. Bieten Bindungspersonen Sicherheit und Schutz an, kann die Entwicklung optimal vollgezogen werden. Wenn die Bindungsfiguren die Quelle von Angst und Stress sind, ist die psychische und physische Entwicklung des Kindes mit hohen Risiken verbunden (Julius, 2014).

2.2.2 Kommunikation

2.2.2.1 Begriffsbestimmungen

Das Phänomen der menschlichen Kommunikation beschäftigt die Wissenschaft schon lange. Das Wort Kommunikation stammt aus dem lateinischen „Communicare“ und hat die Bedeutung: „In Verbindung stehen, teilen, etwas gemeinsam haben oder sein“ (Bucka-Lassen, 2005, S. 2). Für den Begriff Kommunikation gibt es verschiedene Definitionsversuche (z.B. Frindte, 2001; Keuneke 2012; Merten, 1977). Für den Kommunikationswissenschaftler und Psychotherapeuten Paul Watzlawick (2011) ist Kommunikation jedes zwischenmenschliche Verhalten. Nicht nur Worte und deren Betonung, also die verbale Kommunikation, sondern auch die nonverbalen Signale wie Gestik, Mimik, Körperhaltung und Körpersprache - selbst Schweigen - beeinflussen die Kommunikation bzw. wirken auf ihren Verlauf. Watzlawick versteht Kommunikation als einen Kreislauf: Der Sender sendet Informationen, diese werden von dem Empfänger entschlüsselt. Das Verhalten des Senders wirkt auf den Empfänger und umgekehrt.

Six, Gleich & Gimmler (2007, S. 21) erarbeiteten folgende Definition:

Menschliche Kommunikation ist ein Prozess zwischen zwei oder mehr Beteiligten (Einzelpersonen, Mitglieder sozialer Gemeinschaften oder Institutionen, jeweils als Sender bzw. Kommunikator und/oder als Empfänger bzw. Rezipient), in dem die Akteure durch Zeichen und Symbole verschiedener Modalitäten direkt (von Angesicht zu Angesicht „face to face“) oder indirekt über Medien miteinander in Beziehung treten.

Den Autoren nach hat Kommunikation drei wichtige Elemente:

1. Kommunikator, 2. Botschaft, 3. Rezipient.

Die Botschaft ist der Kommunikationsinhalt. Von dem Kommunikator wird die Botschaft kodiert und übermittelt, vom Rezipienten wird diese empfangen und dekodiert (Six & Gleich & Gimmler 2007). Diese Botschaft kann vom Kommunikator verbal und/oder nonverbal „versendet“ werden.

2.2.2.2 Verbale und nonverbale Kommunikation

Nach Röhner & Schütz (2016) steht bei der verbalen Kommunikation das „Was“ im Vordergrund und bei der nonverbalen Kommunikation das „Wie“. Diese beiden Kommunikationskanäle können sich gegenseitig ergänzen und beeinflussen, sie stehen in einer ständigen Beziehung zueinander.

Verbale Kommunikation benutzt die Sprache als Mittel, um eine Botschaft an den Empfänger zu senden. Die nonverbale Kommunikation benutzt verschiedene Signale, um dasselbe zu tun. Sprache ist eine menschliche Besonderheit und als einzige Spezies benutzen wir Menschen dieses Zeichensystem, um zu kommunizieren (Frindte 2001; Keuneke 2012). Durch die Sprache ist es möglich, eigene Gedanken mitzuteilen, Vergangenheit, Zukunft und Gegenwart in Worte zu fassen und über bestimmte Situationen und Konflikte zu reden (Merten, 1977). Die Erweiterung der Sprache ist die Schriftsprache, welche es uns ermöglicht, unsere Gedanken nicht nur mit ausgesprochenen Wörtern, sondern mit Hilfe der Schrift zu verewigen. Durch Sprache und Schriftsprache entsteht für uns Menschen eine symbolische Handlungsebene.

Nonverbale Kommunikation ist die „Bezeichnung für den Teil menschlicher Kommunikation, der nicht mithilfe der Sprache vermittelt wird“ (Fahr, 2013, S. 245).

Nonverbale Kommunikation kann bewusst, also intentional und unbewusst eingesetzt werden (Frindte 2001; Keuneke, 2012). Bewusste nonverbale Kommunikation ist zum Beispiel beim Grüßen das Reichen der Hand zum Schütteln. Unbewusste nonverbale Kommunikation wird sichtbar bei dem Erröten des Gesichtes und dem Zittern der Hände in einem aufregenden Gespräch.

Unterschiede zwischen nonverbaler und verbaler Kommunikation sind nach Delhees (1994):

- Struktur: Sprache ist durch Strukturregeln und Grammatik eindeutig zu verstehen, nonverbale Kommunikation wird hingegen durch das Verhalten gesteuert. Diese Signale sind nicht immer eindeutig, es gibt keine einheitlichen Regeln, somit ist die richtige Interpretation des Inhaltes erschwert.
- Inhalt: über Sprache können wir kognitive Informationen über die uns umfassende Welt korrekt weitergeben und es ist sogar möglich, abstrakte Gedanken zu vermitteln. Mit nonverbalen Signalen senden wir Beziehungsbotschaften und können eher affektive Inhalte mit unserem Kommunikationspartner teilen. Es werden immer mehrere nonverbale Signale parallel versendet. Dies ist in der verbalen Kommunikation unmöglich, sonst würden die Gesprächsinhalte ihren Sinn verlieren.

- Dauer: die gesagte Information hat einen klaren Anfang und ein klares Ende. Gespräche können klar abgebrochen oder unterbrochen werden, um dann bei Gelegenheit wieder fortgesetzt zu werden. Nonverbale Kommunikation ist mit der gegenseitigen menschlichen Wahrnehmung verbunden. Solange sich die Interaktionspartner sehen können, sind die nonverbalen Signale aktiv. Erst wenn einer der Partner den Raum verlässt, wird die nonverbale Kommunikation unterbrochen.
- Steuerung: die vielen Signale gleichzeitig zu kontrollieren und zu steuern, mit deren Hilfe die nonverbale Kommunikation stattfindet, ist quasi unmöglich. Viele physiologische Körpersignale, wie Erröten, Zittern, Pupillenerweiterung, etc. sind gar nicht kontrollierbar. Im Gegensatz zu der verbalen Kommunikation, wo der Sprecher seine Rede, seinen Sprechausdruck und die Wirkung des Gesagten planen kann. Auch Befindlichkeiten können im Gespräch bewusst eingebaut werden. Es ist sogar möglich, die Inhalte zu verschriftlichen. Alles was der Mensch sagt, kann von ihm selbst gesteuert werden.
- Wirkung: wenn Worte versagen, helfen die nonverbalen Signale in der Kommunikation weiter.

Röhner & Schütz (2016) erwähnen drei Studien (Jacobi et al, 2013; McMahan, 1976; Mehrabian, 1972;) in denen die Dominanz der nonverbalen Kommunikation gegenüber der verbalen Kommunikation nachgewiesen werden konnte. Es lässt sich zusammenfassend behaupten, dass die non- und paraverbalen Signale den Empfänger insgesamt stärker beeinflussen als die verbalen. Bei inkongruenten verbalen Botschaften zum Beispiel, funktionieren die nonverbalen Signale wie ein Alarmzeichen und diese verhelfen den Empfänger zur richtigen Dekodierung.

Da nonverbale Signale nicht vollständig bewusst zu steuern sind, ist es wichtig, diese besser zu erkennen und zu erlernen. Gerade in der professionellen Gesprächsführung ist das Wissen über die Auswirkung von Mimik, Gestik, Körpersprache und paraverbale Signale unerlässlich.

2.2.2.3 Bestandteile der nonverbalen Kommunikation

Fahr (2013) teilt die nonverbalen Kommunikationselemente in vokale (Intonation, Lautstärke, Stimmfrequenz, Sprechgeschwindigkeit) und nonvokale (körperliche und/oder materielle) Elemente auf. Weiterhin ordnet die Autorin statische Elemente (Körperbau, Gesichtsform, Hautfarbe) und dynamische Elemente (Mimik, Gestik, Körperbewegung, Körperhaltung, etc.)

als Bestandteile der nonvokalen Kommunikationselemente ein. Kleidung oder Zeigestab ordnet Fahr den materiellen Elementen zu.

Die meisten nonverbalen Signale sind kulturspezifisch. Bestimmte Gesten, Haltungen oder auch paralinguistische Äußerungen unterscheiden sich von Kultur zu Kultur (Sollmann, 2013). Mit Ausnahme der Mimik. Paul Ekman (2012) konnte beweisen, dass die mimische Darstellung der sechs Grundemotionen (Freude, Ekel, Angst, Überraschung, Trauer, Ärger) in allen menschlichen Kulturen einheitlich ist.

Bestandteile der nonverbalen Kommunikation sind nach Thomas (1991, S. 62)

1. Blickkontakt
2. Mimik
3. Gestik (Körperhaltung, Körperbewegung)
4. Taktilität
5. Personaler Raum
6. Kommunikation durch nonverbale Signale.

Frindte (2001, S. 97) ergänzt diese Aufzählung mit Staffage (Kleidung, Statussymbole etc.).

1. Blickkontakt

„Blickverhalten ist neben der Sprache der wichtigste Kommunikationskanal“ (Thomas, 1991, S. 152). Mittels Blickverhalten/Blickkontakt läuft der Großteil der nonverbalen Kommunikation ab (Delhees, 1994). Die vorrangige Funktion von Blickkontakt ist nach Thomas (1991) die Regulation des Gesprächs, die Rückmeldung von erhaltenen Informationen, das Ausdrücken von Emotionen und somit das Definieren der Beziehungsqualität. Delhees (1994) betont, dass Blickkontakt Kommunikationsbereitschaft signalisiert. Jemanden anzublicken ist immer eine Form von Kontaktaufnahme. Demnach wird die Kommunikation dadurch beeinflusst, ob eine Person den Interaktionspartner anschaut oder von der Person wegschaut. Blicke haben Signalcharakter, sie können provozieren oder auch angenehme Gefühle, wie Zuneigung hervorrufen. Die meisten Menschen können in den Augen ihrer Gesprächspartner eine ganze Palette innerer Zustände und Befindlichkeiten ablesen. Die Bedeutung des Blickkontakts, zum Beispiel in der Länge, kann unterschiedlich kodiert werden, beispielsweise im Vergleich des europäischen und asiatischen Kulturkreises. Somit ist es eindeutig, dass auch das Blickverhalten kulturell bedingt ist.

2. Mimik

Über das Gesicht werden die meisten nonverbalen Signale versendet, sei es mit Hilfe der Augen (Blickverhalten) oder mit Hilfe der Gesichtsmuskulatur (Mimik). Mimik ist bei höher

entwickelten Säugetieren und Menschen evolutionär vorprogrammiert (Delhees, 1994). Ein Beweis dafür ist, dass auch blinde Menschen bei den Grundemotionen die gleichen Gesichtsausdrücke zeigen, wie sehende (Ekman, 2012).

„Unter Mimik werden im sozialen Kontext die Ausdrucksformen des Gesichts für die Kommunikation von Gefühlen/Emotionen und Absichten verstanden“ (Delhees 1994, S. 148). Delhees und Ekman betonen, dass Mimik einerseits eine universelle Sprache ist (Grundemotionen), andererseits auch spezifische und kulturell fixierte Formen besitzt. Das menschliche mimische Repertoire ist also vielschichtig:

- Emotionen lassen sich mischen, wie zum Beispiel Ärger und Furcht
- Mimik kann speziell eingesetzt werden, um erfolgreich kommunizieren zu können, (beispielsweise in der Gebärdensprache)
- Mimik ist steuerbar. Der Sender kann mit seinem Gesichtsausdruck seine echten Gefühle und Empfindungen je nach Absicht verbergen, somit ist für den Empfänger die Dekodierung der Information erschwert oder sogar unmöglich
- Emotionen werden mimisch im sozialen Kontext stärker dargestellt, als wenn ein Mensch allein ist (Delhees, 1994; Thomas, 1991).

Fakt ist, dass die verbale Botschaft durch den mimischen Ausdruck beeinflusst wird. Es ist sogar möglich, dass durch den Gesichtsausdruck der Inhalt modifiziert wird. Des Weiteren beeinflusst die Mimik, wie ein Mensch von seinem Interaktionspartner wahrgenommen wird (Röhner & Schütz, 2012).

3. Gestik

Unter Gestik wird in der Alltagssprache hauptsächlich die begleitende Bewegung der Hände und Arme beim Sprechen verstanden. Delhees (1994, S. 164) konkretisiert:

Gestik umfaßt (sic) die Bewegungen und Haltungen von Kopf, Armen, Händen, Rumpf und Beinen. Sie vermitteln dem Beobachter optische Informationen in bezug (sic) auf uns selbst und andere und auf die Situation, in der wir uns gerade befinden. ... Gesten, Bewegung und Haltung können die verbale Prädikation ersetzen oder sie begleiten.

Gesten können eigenständig (Embleme) verwendet werden oder gesprächsbegleitend (Illustratoren) auftreten. Jeder Mensch gestikuliert, aber die Bedeutung der Gestik ist kulturell unterschiedlich, wie auch die Ausprägung. In bestimmten Kulturkreisen, in Südeuropa zum Beispiel, gestikulieren die Menschen impulsiver, im Gegensatz zu Nordeuropäern (Frindte 2001; Sollmann, 2013). Über Gestik werden nicht nur momentane Gefühle übermittelt, sondern auch dauerhafte emotionale Zustände (Delhees, 1994). So ist es zu erklären, dass

gesunde, gestresste und erkrankte Menschen qualitative und quantitative Unterschiede im gestischen Verhalten zeigen (Sollmann, 2013).

Holler (2011) ordnet Gesten folgende Funktionen zu:

- Regulation der Interaktion zwischen den Gesprächspartnern,
- Koordinationsaufgaben, wie zum Beispiel das Initiieren geteilter Aufmerksamkeit,
- sprachbegleitende Gesten unterstützen den gesagten Inhalt und koordinieren den Informationsaustausch,
- Schaffung von Akzeptanz, indem der Gesprächspartner über Gestik eine Rückmeldung über die Verständlichkeit des Gesagten gibt.

Trotzdem ist Gestik oft schwer zu dekodieren. Es ist für den Empfänger schwierig, einen Unterschied zwischen ungewollter und bewusst eingesetzter Gestik zu erkennen. Ein Sender, der beim Gespräch stark schwitzt, kann entweder durch die Nervosität Schweißausbrüche bekommen oder durch die Raumtemperatur. Zu der Dekodierung muss der Empfänger aus dem Kontext der Gesprächssituation seine Informationen ableiten und dabei andere verbale und nonverbale Signale in Betracht ziehen (Delhees 1994, Sollmann 2013).

Des Weiteren kann Gestik, vor allem die Körperhaltung, eine Information darüber geben, welche Rolle der Mensch in der Beziehung zu seinem Interaktionspartner einnimmt und welchen Status er hat. Status wird ausführlich unter 2.2.3.2 diskutiert.

Genau wie Mimik gibt auch Gestik über die Kongruenz oder Inkongruenz eine wichtige Information und kann so die Dekodierung beeinflussen. Preuß-Scheuerle (2016) betont nicht nur den Unterschied zwischen männlichem und weiblichem Repertoire an Gestik, sondern auch die individuellen Einflüsse der Erziehung. Des Weiteren teilt sie die Gestik in verschiedene Kategorien ein, wie große Gesten und kleinere, offene und geschlossene, bedrohliche und nervöse Gestik. Für die richtige Dekodierung ist aber, so Preuß-Scheuerle, die Einschätzung der Gesamtgestik notwendig.

Gestik ist ein sehr komplexes, nonverbales Kommunikationsmittel. Zur Gestik werden die Bewegungen der Hand, die Bewegungen und Haltungen des Kopfes und des Körpers bis zur Fußstellung zugeordnet. Es gibt unzählige Fachbücher und Ratgeber über Körpersprache, die helfen sollen, die Signale zu deuten und bewusst einzusetzen.

4. Taktilität

Kommunikation durch Berührung ist eine sehr intime Form des nonverbalen Kommunikationsverhaltens. Am häufigsten wird sie in vertraulichen Situationen verwendet, aber auch Statusunterschiede werden über Berührung deutlicher gemacht (Thomas, 1991).

5. Personaler Raum

Mit personalem Raum ist die durchschnittliche Distanz gemeint, die ein Mensch zu seinen Mitmenschen halten möchte. Die Größe des persönlichen Raumes ist individuell, wird von Geschlecht, Alter, Rasse, Persönlichkeit oder aktuellem Gemütszustand beeinflusst und ist von der aktuellen Situation abhängig (Delhees, 1994). Die räumliche Distanz oder Nähe zum Kommunikationspartner verrät viel über Status, gegenseitige Sympathie, Beziehungsbereitschaft und Beziehungsqualität. Im Verlauf der Interaktion ist eine Änderung des Distanzverhaltens möglich (Thomas, 1991).

6. Kommunikation durch nonverbale Signale

Die paralinguistischen Ausdrucksformen können nach Delhees (1994) in zwei Gruppen eingeordnet werden:

1. Merkmale der Stimme (Stimmlage, Lautstärke, Tempo, Rhythmus, Resonanz)
2. Verschiedene Formen von Lautäußerungen (Lachen, Seufzen, Weinen, Stöhnen, Gähnen, Brummen, Summen aber auch Ausdruckslaute, wie „ah“, „öh“, „mhm“).

Auch eine Sprechpause ist eine wichtige Form der paralinguistischen Signale.

Ein einfacher Satz, wie „Lass doch mal, das kann ich jetzt selber machen!“ kann durch eine tiefere Stimmlage, eine erhöhte Lautstärke, schnelleres Tempo einen anderen Inhalt mitteilen, als würde der Satz mit normaler Stimme, leise und langsam mit Pausen gesagt werden. Der Gemütszustand des Senders kann durch diese paralinguistischen Signale erfasst werden. Für die eindeutige Dekodierung der Botschaft aber sind auch die anderen nonverbalen Signale, wie Blickverhalten, Gestik und Mimik unerlässlich. Bei Fehlleistungen im Sprechverhalten, wie Stottern, Poltern, schlechte Artikulation, Auslassen von Wörtern, können auch weitere Informationen über den emotionalen Zustand des Senders gewonnen werden. Einige dieser Fehlleistungen können auch als Merkmal einer Person zugeschrieben werden, wenn jedoch diese Fehler in einer speziellen Situation, wie in einem Vorstellungsgespräch oder in einer Prüfung vorkommen, dann sind diese Signale als kommunikativ relevante Informationen wahrzunehmen (Delhees, 1994).

Für die menschliche Kommunikation sind diese nonverbalen Kommunikationssignale unerlässlich, sie geben Informationen über die kulturelle Zugehörigkeit, Alter, Beziehungsbereitschaft, Emotionszustand und Status des Interaktionspartners. Bei der professionellen Gesprächsführung ist der fachlich fundierte und bewusste Umgang mit nonverbalen Signalen eine Grundvoraussetzung für ein gelungenes Gespräch.

2.2.2.4 Ausgewählte Kommunikationsmodelle

In diesem Abschnitt werden aus den zahlreichen Kommunikationsmodellen, wie von Shannon & Weaver (1949), Grice (1975), Watzlawick (1969) und Schulz von Thun (1981) für die Ärztliche Gesprächsführung relevante Kommunikationsmodelle vorgestellt.

Watzlawick formulierte fünf Axiome, sogenannte A-priori-Formulierungen, die zwar theoretische Schwächen aufweisen, aber in der praktischen Nützlichkeit unerlässlich sind. Watzlawicks Modell ist dynamisch und interaktiv. Kommunikation wird als ein kreisförmiges Modell vorgestellt, nicht als ein statisches. Es zählt nicht nur die Botschaft von Sender zum Empfänger, sondern auch die Rückwirkung, also auch die Reaktion des Empfängers auf die gesendete Botschaft (Röhner & Schütz 2012; Watzlawick 2011).

Axiom 1: „Man kann nicht nicht kommunizieren“ (Watzlawick 2011, S. 60).

Kommunikation verläuft nicht nur verbal über Worte oder über Schweigen, sondern auch nonverbal, das Verhalten ist also genauso wichtig. Da Menschen sich immer verhalten, kommunizieren sie auch durchweg. Unabhängig davon, was der Mensch tut oder nicht tut, in Gegenwart anderer kommuniziert er immer und sein Verhalten hat immer einen Informationsgehalt und dadurch eine Wirkung (Röhner & Schütz, 2012; Watzlawick, 2011).

Axiom 2: „Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, derart, dass letzterer den ersteren bestimmt und daher eine Metakommunikation ist“ (Watzlawick, 2011, S. 64).

Jede Botschaft enthält einen Inhaltsaspekt (Was wird gesagt?) und einen Beziehungsaspekt (Wie wird es gesagt?). Dieser Beziehungsaspekt gibt Anhaltspunkte, wie der Sender die Beziehung zum Empfänger empfindet. Der Beziehungsaspekt ist eine Kommunikation über eine andere Kommunikation und kann somit auch als Metakommunikation bezeichnet werden (Röhner & Schütz, 2012; Watzlawick, 2011)

Axiom 3: „Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt“ (Watzlawick, 2011, S. 69).

Kommunikation ist immer Ursache und Wirkung. Der Mensch konstruiert seine subjektive Wirklichkeit als Interpunktion von Ereignisfolgen und sein Gesprächspartner tut gleichzeitig dasselbe über das Verhalten des Gegenübers. Diese subjektiven Wirklichkeiten prallen dann aufeinander, beeinflussen sich gegenseitig und bestimmen die weiteren Handlungsabfolgen. Wenn die Interaktionspartner die Wirklichkeit unterschiedlich wahrnehmen, kommt es zur Störung der Kommunikation (Euteneier, 2015; Röhner & Schütz, 2012; Watzlawick, 2011).

Axiom 4:

„Menschliche Kommunikation bedient sich digitaler und analoger Modalitäten. Digitale Kommunikationen haben eine komplexe und vielseitige logische Syntax, aber eine auf dem Gebiet der Beziehungen unzählige Semantik. Analoge Kommunikationen dagegen besitzen dieses semantische Potenzial, ermangeln aber der für eindeutige Kommunikationen erforderlichen logischen Syntax“ (Watzlawick, 2011, S. 78).

Digitale und analoge Kommunikationsaspekte sind miteinander eng verbunden und ergänzen sich. Digitale Modalitäten übermitteln den Inhaltsaspekt (durch die Sprache) und analoge Modalitäten den Beziehungsaspekt (durch nonverbale Signale). Analoge Modalitäten können unterschiedlich interpretiert, daher auch falsch verstanden werden. Auch digitale Modalitäten verbergen Deutungsschwierigkeiten, weil der Wortschatz oft begrenzt ist, um Gefühlszustände richtig zu äußern. Wenn Widerspruch oder Inkongruenz zwischen den analogen und digitalen Modalitäten herrscht, entsteht eine Störung in der Kommunikation (Röhner & Schütz, 2012; Watzlawick, 2011).

Axiom 5: „Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht“ (Watzlawick, 2011, S. 81).

Symmetrische und komplementäre (asymmetrische) Kommunikation, werden im Themenbereich 2.2.3.2 Status ausführlicher behandelt.

In Watzlawicks Kommunikationsmodell wird Kommunikation nicht nur sachlich beschrieben, es impliziert auch psychologische Prozesse. Ähnlich geht auch Schulz von Thun vor, der seine Theorie auf den Erkenntnissen von Watzlawick (u.a.) aufgebaut hat. Sein Ziel war es, ein Modell zu entwickeln, welches für die Praxis gut anwendbar ist, um Kommunikationsprobleme zu minimieren (Schulz von Thun, 2003).

Das Kommunikationsquadrat von Schulz von Thun (2017) zeigt vier verschiedene Perspektiven einer Äußerung (vier „Schnäbel“), welche auch auf vier verschiedene Weisen (vier Ohren) dekodiert werden kann.

Sachinhalt: ist eine Sachinformation. Es wird bestimmt, worüber der Sender genau informiert.

Selbstoffenbarung: gibt Informationen über die Person des Senders und schließt die Selbstdarstellung sowie die Selbstenthüllung mit ein. Es handelt sich hierbei um eine Selbstkundgebung.

Beziehung: gibt Hinweise auf die Beziehung zwischen Sender und Empfänger. Die gewählte Formulierung, Tonfall und andere nonverbale Signale helfen dem Empfänger bei der Dekodierung.

Appell: zeigt auf, was der Sender bei dem Empfänger erreichen will. Dieser Appellaspekt kann offen oder verdeckt (Manipulation) sein.

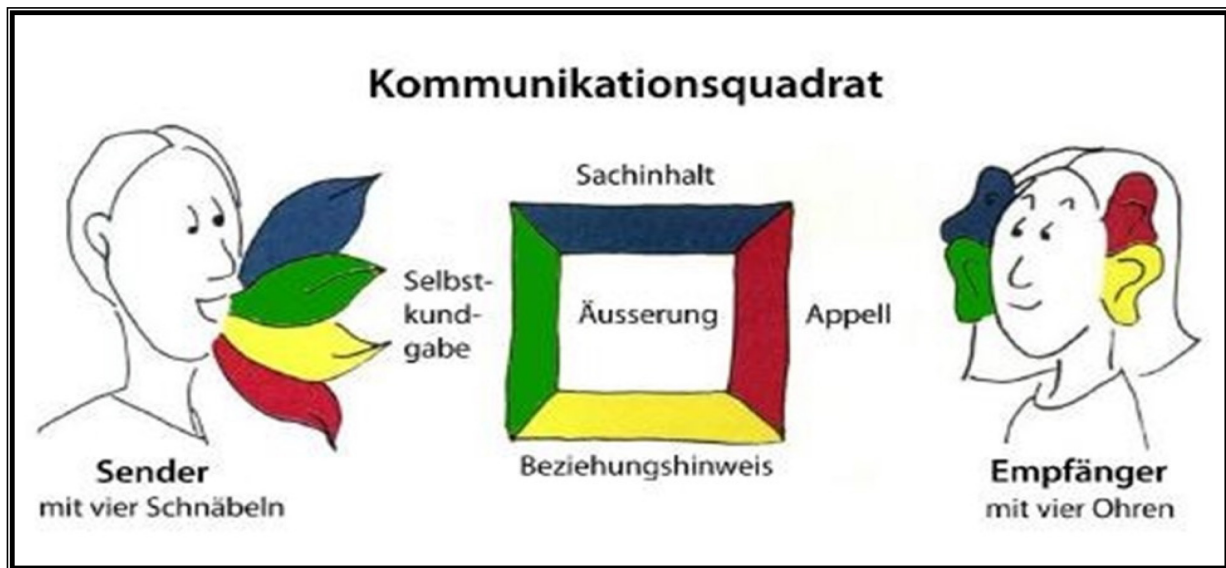


Abbildung 1: Kommunikationsquadrat nach Schulz von Thun (2017)

Wie in der Abbildung 1 ersichtlich ist, werden Nachrichten auch auf vier Ebenen empfangen.

Sach-Ohr: wie ist der Sachverhalt zu verstehen?

Selbstoffenbarungs-Ohr: was zeigt sie von sich als Person?

Beziehungs-Ohr: wie verhält sie sich mir gegenüber? Wie fühle ich mich behandelt?

Appell-Ohr: was soll ich tun, fühlen, denken?

Missverständnisse oder Kommunikationsprobleme entstehen, wenn sich Sender und Empfänger nicht auf der gleichen Ebene treffen, was häufig der Fall ist. Die Kommunikationsqualität hängt also davon ab, wie das Gesendete vom Empfänger entschlüsselt wird. Eine Auswirkung auf die Dekodierung haben auch die einseitigen Empfangsgewohnheiten. Ein zu großes Beziehungs-Ohr kann dazu führen, dass Sachinformationen oder Appelle als persönliche Beleidigungen wahrgenommen werden.

Mit dem Modell von Schulz von Thun kann das eigene Kommunikationsverhalten kritisch überprüft werden. Zusätzlich stellt das Kommunikationsquadrat eine große Hilfe für die professionelle Gesprächsführung dar (Röhner & Schütz; 2012, Schulz von Thun, 2003).

2.2.2.5 Synthese von Bindungstheorie und Kommunikationstheorie von Watzlawick

In den kommunikationstheoretischen Modellen wird die zwischenmenschliche Beziehung zwischen Sender und Empfänger besonders hervorgehoben, dabei verknüpft jedoch keines dieser Modelle die Bindungstheorie mit der Beziehungsgestaltung. Auch in der wissenschaftlichen Literatur lässt sich eine ausgearbeitete Synthese von Bindungstheorie und

Kommunikationstheorie nicht finden. Aus diesem Grund wird an dieser Stelle der Versuch vorgenommen, die fünf Axiome von Watzlawick mit der Bindungstheorie zu verknüpfen.

Watzlawick betont in seiner Arbeit, dass er den Begriffen Kommunikation und Verhalten die gleiche Bedeutung zuschreibt, in dem Sinne verwendet er diese auch. Sein Anliegen ist, „die zwischenmenschliche Sender-Empfänger-Beziehung auf der Basis der Kommunikation“ (Watzlawick, 2011, S.26) zu beschreiben. Menschliche Beziehungen sind für Watzlawick Systeme. Sender und Empfänger haben in diesem System eine Wechselwirkung aufeinander, wobei die Interaktion von den Aktionen und Reaktionen beider Teilnehmer beeinflusst wird. Kommunikation ist immer ein Informationsaustausch. Jede neue Information ruft bei dem Empfänger einen Effekt aus, wobei seine Reaktion darauf wiederum einen neuen Effekt bewirkt. Es entsteht eine Kausalkette, in der ein Ereignis das nächste bewirkt etc. Wirkt ein Effekt auf eine vorherige Aktion zurück, entsteht eine Rückkopplung. Diese beeinflusst das System. Zwischenmenschliche Beziehungen können nach Watzlawick als Rückkopplungskreise angesehen werden, in denen „das Verhalten jedes einzelnen Individuums das jeder anderen Person bedingt und seinerseits von dem Verhalten aller anderen bedingt wird“ (2011, S. 37).

Die Verhaltenssysteme in der Bindungstheorie bedingen sich ebenso. Auf das Bindungsverhalten des Kindes (Aktion) reagiert die Bindungsfigur mit Fürsorgeverhalten (Reaktion), der Effekt ist bei einer adäquaten Reaktion das Wohlbefinden und das Explorationsverhalten des Kindes. Das Verhalten des Kindes bedingt das Verhalten der Mutter und das folgende Verhalten der Mutter hat wiederum eine Auswirkung auf das Verhalten des Kindes. Diese Kausalkette ist eine der ersten Kommunikationserfahrungen die der Mensch sammelt. Sie beeinflusst letztlich die Qualität der Bindung und der weiteren Beziehungsgestaltung.

Das Verhalten hat, nach Watzlawick, in zwischenmenschlichen Situationen immer einen Mitteilungscharakter. Der Mensch kann sich nicht nicht verhalten, sowie er nicht nicht kommunizieren kann, wie es schon im Axiom 1 formuliert worden ist. Die menschliche Interaktion wird neben der verbalen Kommunikation auch von der nonverbalen bestimmt, welche das Verhalten impliziert. Auch die Eltern-Kind-Interaktion wird von Beginn an durch nonverbale Kommunikation beeinflusst. Berührungen, Augenkontakt, Mimik und Gestik sind ab der Geburt ein wichtiger Bestandteil der Kommunikation zwischen Bindungsperson und Kind. Wie das Verhalten des Kindes von den Bindungsfiguren im Laufe der Entwicklung enkodiert wird, wie sie darauf reagieren, beeinflusst neben der Sprachentwicklung auch die spätere Fähigkeit, eigene Verhaltensweisen und/oder Emotionen wahrnehmen und deuten zu

können, diese bei Bedarf zu zeigen oder adäquat zu regulieren. Auch die nonverbale Kommunikation ist durch diese Erfahrungen geprägt. Wenn das Kind erfährt, dass auf seine nonverbalen Zeichen reagiert wird, benutzt es diese vermehrt und lernt auch, diese selber bei anderen richtig zu deuten. Menschen mit einem unsicheren oder desorganisierten Bindungsmuster haben Schwierigkeiten, eigene Emotionen zu äußern. In bindungsrelevanten Situationen verhalten sie sich ihrem Bindungsmuster entsprechend vermeidend, ambivalent oder strafend wie fürsorglich kontrollierend. Da die Bindungserfahrungen auf neue Beziehungen übertragen werden, beeinflussen diese Verhaltensweisen die Beziehungen, aber auch die Kommunikation zu den anderen Personen.

In Axiom 2 wird von Watzlawick (2011) die Metakommunikation ausformuliert. Der Inhalts- und der Beziehungsaspekt einer Aussage ergibt eine Art gegenseitige unbewusste Definition der Beziehung zwischen zwei Personen. Im Idealfall sind sich die Partner über den Inhalt der Kommunikation als auch über ihre Beziehung einig. Wenn die Partner in beiden Aspekten uneinig sind, kommt es zu Störungen in der Kommunikation. Auch die Mischformen zwischen den Extremen beeinflussen die Verständigung. Die reifste Form von guten Kommunikationsbeziehungen ist erreicht, wenn die Partner sich über den Inhalt uneinig sind, dieses Missverständnis jedoch nicht ihre Beziehung beeinträchtigt. Wenn umgekehrt die Partner über den Inhalt aber nicht über die Beziehung einig sind, kann es im Fall von Änderung oder Verfall des Inhalts zu massiven Störungen kommen. Diese Form kann bei unsicher vermeidend gebundenen Personen charakteristisch sein. Solange über den Inhalt, zum Beispiel ein gemeinsames Projekt auf der Arbeit, kommuniziert wird, beispielshalber gemeinsame Entscheidungen auf der Sachebene getroffen werden, kann die Kommunikation gut verlaufen. Sobald das Projekt abgeschlossen ist, kann die Tragfähigkeit dieser Beziehung verfallen.

Bei Menschen mit einem ambivalenten Bindungsmuster sind Aussagen, wie „Wenn du jetzt gehst, dann zeigst du mir, dass ich dir nicht wichtig bin“ oder „Wenn du mich lieben würdest, dann würdest du mich verstehen“ typisch. Hier ist eine Konfusion der beiden Aspekte deutlich zu erkennen. Es wird versucht, das Beziehungsproblem auf der Inhaltsebene zu lösen oder mit einem Vorwurf über den Beziehungsaspekt den Inhalt zu beeinflussen.

Eine letzte von Watzlawick (2011) beschriebene Mischform beschreibt Situationen, in denen „eine Person in der einen oder anderen Weise gezwungen wird, ihre Wahrnehmungen auf der Inhaltsstufe zu bezweifeln, um eine für sie wichtige Beziehung nicht zu gefährden“ (S. 95). Diese Mischform kann zu paradoxen Kommunikationsstrukturen führen. Widersprüchliche Beziehungsbotschaften können den Empfänger irritieren, hilflos machen und psychisch

verletzen. Solche paradoxen Kommunikationsstrukturen sind charakteristisch für traumatisierende Beziehungen, also auch für Menschen mit einem desorganisierten Bindungsmuster.

Der subjektiv empfundene Startpunkt der Kommunikationsabläufe seitens der Partner, die Interpunktion, beeinflusst die Beziehung (Axiom 3). Die Ursache und Wirkung eines Interpunktionskonfliktes wird häufig unterschiedlich von den beteiligten Partnern wahrgenommen. So äußert Partner A: „Ich wasche die Wäsche nicht mehr, weil sie für dich sowieso nicht sauber genug wird“, Partner B erwidert: „Wenn du wäschst, ist die weiße Wäsche danach bunt“. Watzlawick beschreibt die Interaktion der Partner kreisförmig, die Verhaltensweisen sind sowohl Ursache, wie auch Wirkung. Als Begleitphänomen zur Interpunktion benennt er die selbsterfüllende Prophezeiung. Wenn Partner A davon überzeugt ist, dass Partner B die Wäsche nicht sauber genug finden wird, dann werden dadurch seine Handlung und sein Verhalten beeinflusst und Partner B reagiert auf das Endergebnis tatsächlich mit dem von A erwarteten Kommentar.

Die subjektive Wahrnehmung von Situationen kann auch von den individuellen Beziehungserfahrungen beeinflusst werden, so wie sich die eigenen Selbstwirksamkeitserfahrungen, wie Selbstvertrauen, auf die selbsterfüllenden Prophezeiungen auswirken können. Somit könnten bei Menschen mit unsicheren Bindungsmustern Interpunktionskonflikte häufiger vorkommen und die selbsterfüllende Prophezeiung könnte pessimistischer ausfallen als bei sicher gebundenen Personen.

In Axiom 4 fokussiert sich Watzlawick (2011) neben der nonverbalen Kommunikation (analoge Modalitäten) auch auf die Sprache (digitale Modalität) und betont, dass diese Modalitäten nicht nur nebeneinander ihre Gültigkeit haben, sondern sich auch in jeder Interaktion gegenseitig ergänzen können. Jedoch werden, so Watzlawick, die Beziehungsaspekte hauptsächlich analog übermittelt. Wie schon beschrieben, die Bindungsfigur-Kind-Interaktion beeinflusst die Sprachentwicklung und die Entwicklung von Kompetenzen in dem Bereich der nonverbalen Kommunikation. Die Art und Weise wie Bindungspersonen analoge Modalitäten in der Kommunikation zum Kind nutzen, kann Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes mit besonderem Blick auf Selbstsicherheit, Selbstwirksamkeit und Emotionsregulation haben. Auch die digitalen Modalitäten werden in der Interaktion mit den Bindungsfiguren erlernt. Sprachentwicklung vollzieht sich in Beziehung und wird von der Kommunikationsfähigkeit und Motivation der Eltern beeinflusst (Papoušek, 2014).

In Axiom 5 beschreibt Watzlawick (2011) zwei unterschiedliche Formen von zwischenmenschlichen Beziehungen. Unter der symmetrischen Interaktion werden alle Beziehungen verstanden, die auf Gleichheit beruhen. Die Partner sind mit allen Facetten ihres Verhaltens ebenbürtig. Stabile symmetrische Partnerschaften sind durch gegenseitigen Respekt und Akzeptanz gekennzeichnet. Beide Partner bestätigen sich gegenseitig in der „Ich und Du Definitionen“ (S. 122) und akzeptieren den anderen so wie er ist. Sobald die Symmetrie aus unterschiedlichen Gründen auseinanderfällt und die Interaktionspartner eine komplementäre Beziehung nicht akzeptieren können, können als Folge in der Beziehung Konflikte entstehen.

Komplementäre Beziehungen sind von Unterschiedlichkeit gekennzeichnet, diese Unterschiede können auf gesellschaftlichen oder kulturellen Kontexte beruhen, so zum Beispiel in der Arzt-Patient-Beziehung, Mutter-Kind-Beziehung oder Lehrer-Schüler-Beziehung. Typisch ist für diese Beziehungen, dass einer der Partner eine primäre Stellung einnimmt und der andere die sekundäre. In der Interaktion werden von beiden Seiten unterschiedliche aber sich ergänzende Verhaltensweisen ausgelöst. Das Verhalten des einen setzt das Verhalten des anderen voraus. Watzlawick (2011) betont, dass in erwachsenen, tragfähigen, funktionierenden Beziehungen beide Formen, die symmetrische sowie die komplementäre Interaktion, zusammenwirken und sich verschiedene Gebiete der partnerschaftlichen Beziehung abwechseln. Auch aus bindungstheoretischer Sicht kann diese These bestätigt werden. Wenn einer der Partner in bindungsrelevanten Situationen Bindungsverhalten zeigt, zum Beispiel Angst vor einem Zahnarztbesuch hat, reagiert sein Gegenüber darauf mit Fürsorgeverhalten, also komplementär und kann die Angst regulieren. Problematische, komplementäre Beziehungen könnten mit dem Zusammenhang von kontrollierendem Verhalten und der darauf reagierenden Gegenkontrolle erklärt werden. In diesem Fall versuchen beide Interaktionspartner die primäre Stellung einzunehmen und somit die Interaktion zu bestimmen, zu kontrollieren. Als Folge entsteht eine von konfliktbelastete Beziehung. Diese These konnte auch schon in Studien (Julius, 2001; Langer, 2018; Pianta, Nimetz, & Bennett, 1997), welche Lehrer-Schüler-Interaktionen untersucht haben, bestätigt werden.

Nach der Synthese beider Theorien lässt sich feststellen, dass Beziehungen nicht ohne Kommunikation entstehen können. Darüber hinaus kann ohne Beziehung keine erfolgreiche Kommunikation stattfinden.

2.2.2.6 Heilende Beziehungen

In dem vorigen Abschnitt der Arbeit wurden die Wirkmechanismen von Beziehungen nicht nur auf der theoretischen, sondern auch auf der neurobiologischen Ebene vorgestellt. Warum dieses Wissen für die Pädagogik, Psychologie und Medizin so bedeutend sein kann, soll als nächstes konkretisiert werden.

Pädagogen und Erzieher, Psychologen, Psychiater, Psychotherapeuten sowie Ärzte und Pflegekräfte haben mit Menschen zu tun, die in gewisser Weise bedürftig sind. In allen diesen Settings herrscht in der Kommunikation eine asymmetrische Beziehung. Der Lehrer/Therapeut/Arzt ist derjenige, der in der Interaktion eine größere Verantwortung trägt. Seine Entscheidungen haben einen Einfluss auf den Interaktionspartner. Demnach müssen sie in diesen professionellen Settings neben dem Verantwortungsbewusstsein auch gehäuft Fürsorgeverhalten zeigen, da die Kinder/Klienten/Patienten in der Interaktion gehäuft Bindungsverhalten signalisieren. Kinder/Klienten/Patienten sind auf Lehrer/Therapeuten/Ärzte angewiesen. In allen drei Professionen hat die Qualität der Beziehung einen Einfluss auf den Interventionserfolg, somit ist das Wissen über Bindungstheorie und das Oxytocinsystem für ein professionelles Verhalten unerlässlich.

Diese Theorien werden in der Medizin jedoch nur eingeschränkt und seltener angewendet als in der Pädagogik und Psychologie, obwohl die neurobiologischen Erkenntnisse von Beziehungen zeigen, dass positive zwischenmenschliche Interaktionen im Körper nachweislich positive Auswirkungen verursachen. Die Effekte von Oxytocin wurden in der Neonatologie sowie in der Schmerzmedizin wissenschaftlich erfolgreich nachgewiesen. Als Beispiel hierfür wird die Känguru-Methode zwischen frühgeborenen Säuglingen und Eltern/Pflegepersonen seit Jahrzehnten erfolgreich eingesetzt. Durch den engen Hautkontakt wird das Oxytocinsystem aktiviert, als Folge wird das Neugeborene besser vor Infekten geschützt, Wachstum und Gewichtszunahme werden angeregt und nicht zuletzt können die Kinder früher entlassen werden und haben eine geringere Sterblichkeitsrate (Conde-Agudelo, Belianz & Diaz-Rossello, 2011). Die Ergebnisse der Langzeitstudie von Charpak et al. (2017) zeigen, dass auch nach 20 Jahren Menschen aus der Känguru-Gruppe eine geringere Mortalität hatten, weniger neurologische Auffälligkeiten aufwiesen, eine hohe Familienzusammengehörigkeit empfanden, seltener aggressives und hyperaktives Verhalten zeigten und über ausgeprägtere soziale Kompetenzen verfügten als frühgeborene Säuglinge, bei denen die Känguru-Methode nicht angewendet worden war.

Oxytocin beeinflusst das Schmerzsystem positiv, da es die Aktivität des Endorphinsystems anregt und somit eine schmerzlindernde Wirkung hat (Uvnäs-Moberg, 2009). Neue

Erkenntnisse zeigen, dass die Nervenzellen, die das Oxytocin bilden, nicht nur über die Hirnanhangsdrüse (die über Kapillaren Oxytocin in das Blut abgibt) verbunden sind, sondern auch über kleinere Oxytocin-bildende Nervenzellen, die mit Hirnstamm und Rückenmark verknüpft sind und wo Oxytocin als Neurotransmitter dient. Diese neu entdeckte Verbindung liefert einen zusätzlichen Beweis für die schmerzlindernde Wirkung des Hormons Oxytocin (Eliava et al 2016). Da das Oxytocinsystem auch durch angenehme soziale Interaktion und Berührung aktiviert wird, kann das Phänomen erklärt werden, warum Personen, die einem Patienten nahestehen, Schmerzen lindern und auch umgekehrt, wie unangenehme stressauslösende Situationen oder Personen das Schmerzempfinden erhöhen können. Neben diesen Effekten hat Oxytocin auch nachgewiesene Placebo-Effekte. Der Patient beurteilt unbewusst seinen Arzt. Wenn der Mediziner neben seiner kompetenten Wirkung auch Ruhe und Freundlichkeit ausstrahlt, wird beim Patienten das Oxytocinsystem aktiviert. Als Folge wird der Patient entspannter, hört besser zu, vertraut mehr, nimmt Vorschläge und Behandlungsempfehlungen besser an und hält sich auch besser an diese (Uvnäs-Moberg, 2009). Auch Noceboeffekte wurden im Kontext der Arzt-Patient-Beziehung nachgewiesen. Eine unbewusste negative Erwartung von Seiten der Patienten verbunden mit Reizen aus der Umwelt, wie Behandlung, Medikamente, aber auch der Informationsaustausch und Kommunikation mit dem Arzt, sowie Gerüche oder unangenehme Geräusche können diese negative Erwartung des Patienten auf der körperlichen wie auch auf der psychischen Ebene verstärken, sodass diese Reize zu zusätzlichem Schmerz oder anderen Symptomen, wie Unwohlsein, Übelkeit oder erhöhte Herzrate/Blutdruck/Temperatur, führen kann. Wenn der Arzt „Nocebopersönlichkeiten“ nicht erkennt und auf die negativen Erwartungen der Patienten nicht feinfühlig eingeht, können die negativen Symptome verstärkt werden (Schröder, 2016). Diese Noceboeffekte können auch mit der Bindungstheorie schlüssig erklärt und nachgewiesen werden. Eine Übersichtsarbeit von Pfeifer, Ehrental, Neubauer, Gerigk und Schiltenswolf (2016) fasst den Forschungsstand zusammen und zeigt, dass auch das Bindungsmuster eines Menschen das chronische und das somatische Schmerzempfinden beeinflusst. Menschen mit unsicher ambivalentem Bindungsmuster neigen stärker zur Schmerzkatastrophisierung und zu maladaptiven Umgangsformen mit Schmerz. Auch die Bewertung, Einschätzung und Wahrnehmung von Schmerz ist bei unsicher gebundenen Menschen negativer als bei Menschen mit einer sicheren Bindungsrepräsentation. Das subjektive Beeinträchtigungserleben von Schmerz hängt auch stark mit den inneren Arbeitsmodellen zusammen. Sicher gebundene Menschen schätzen ihre Selbstwirksamkeit positiver ein als unsicher gebundene. Die Selbstwirksamkeit ist ein starker Prädiktor für

Schmerzintensität und für Beeinträchtigungserleben von Schmerz, somit werden diese Faktoren von unsicher und sicher gebundenen Menschen unterschiedlich eingeschätzt. Zudem wurde festgestellt, dass Menschen mit unsicher-ambivalenten Bindungsmustern häufiger mit schmerzbezogenen Beschwerden zum Arzt gehen und dass Patienten mit unsicher-vermeidender Bindungsrepräsentation häufiger Schmerzmittel, unter anderem Opioide, einnehmen als sicher gebundene Patienten. Bei Patienten mit chronischen Schmerzen sind Menschen mit Bindungsunsicherheit mit Zweidrittelmehrheit überrepräsentiert. Diese Erkenntnisse sollten sich auf die Schmerztherapie auswirken, dennoch sind bindungstheoretisch fundierte Therapiestrategien in der Praxis kaum präsent. Das Wissen über Transmission von Bindung und komplementäres Verhalten sollte auch in der Medizin die Therapie- und Interventionsstrategien positiv beeinflussen, da diese Erkenntnisse für die professionelle Haltung und Handlung unerlässlich sind.

Fazit ist, dass die zwischenmenschliche Beziehungsqualität psychische und physische Einflüsse hat. Beziehungen die Sicherheit und Schutz bieten, regulieren optimal den Stress. Daher sollten Lehrer, Psychologen und Mediziner in den professionellen Beziehungen bewusst ihre Rolle als Fürsorgeperson einnehmen, da bedürftige Menschen einen Großteil ihrer Klientel ausmachen. Gerade in der Medizin sollte das Modell des „shared-decision-making“, also die partizipative Entscheidungsfindung, überdacht werden. Menschen mit chronischen oder unheilbaren Erkrankungen brauchen einen Arzt, der die Bindungssignale der Patienten wahrnimmt, darauf feinfühlig reagiert und in der Lage ist, Sicherheit und Schutz anzubieten. Dabei sollten Ärzte ein sicheres Wissen über Stresssysteme und das Oxytocinsystem besitzen und diese im Heilungsprozess des Patienten berücksichtigen. Kurzum, der Arzt sollte der sichere Hafen sein und bei Schmerzen und schwierigen Entscheidungen den Patienten helfen, den Stress zu regulieren und dabei die Stärke der sicheren Bindungsperson ausstrahlen.

2.2.3 Ärztliche Gesprächsführung

Eine einheitliche Definition für den Begriff „Ärztliche Gesprächsführung“ gibt es nicht. Es ist aber möglich, mit Hilfe von bestimmten Merkmalen die Interaktion zwischen Arzt und Patienten, zwischen Arzt und Arzt sowie zwischen Arzt und anderem medizinischen Personal zu beschreiben. In dieser Arbeit wird der Fokus auf die Besonderheiten des Arzt-Patient-Gesprächs gelegt.

Nowak & Spranz-Fogasy (2008) unterscheiden ärztliche Gespräche von Alltagsgesprächen nach folgenden Kriterien:

- Institutionelle Einbindung
- Asymmetrische Beteiligungskonstellationen
- Zweckbezug

Typisch für ärztliche Gespräche ist, dass sie in der ärztlichen Praxis oder im Krankenhaus stattfinden, dass die Beteiligten konkrete Gesprächsaufgaben haben (Vorsorge, Notfallversorgung, Anamnese, Aufklärung, Diagnosemitteilung, etc.) und dass die Themen immer an ein bestimmtes Krankheitsbild gebunden sind. Das Gespräch kann entweder mit dem Patienten geführt werden oder mit anderen Bezugspersonen des Patienten (Nowak & Spranz-Fogasy 2008). In dem Handlungsschema von Spranz-Fogasy (2005, S. 21) wird die Ärztliche Gesprächsführung in fünf zentrale Komponenten eingeordnet:

1. Begrüßung und Gesprächsführung
2. Beschwerdenschilderung und Beschwerdenexploration
3. Diagnosestellung
4. Therapieplanung und Therapieentwicklung
5. Gesprächsbeendigung und Verabschiedung

Ärztliche Gespräche haben das Ziel, wichtige Informationen über den gesundheitlichen Zustand des Patienten zu erkunden. Diese Informationen können auf der körperlichen (somatischen) Ebene, auf der psychischen (intrapsychischen) Ebene, auf der persönlichen (interpersonellen) Ebene und auf der soziokulturellen Ebene verborgen sein. Deswegen ist es wichtig, dass der Arzt das Ganze, also die bio-psycho sozialen Hintergründe sieht (Schweickhardt, 2006). Das bio-psycho soziale Modell wurde im medizinischen Kontext in den letzten Jahrzehnten in den Vordergrund gerückt, da es für die Diagnosestellung eine breite Informationsgrundlage bietet und in Verbindung mit guten Kommunikationstechniken praktikabel ist. Um ein Gespräch führen zu können, ist es wichtig, eine Beziehung zu dem Gesprächspartner aufzubauen. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist eine spezielle, welche sich in der Geschichte der Medizin oft geändert hat und auch in der Gegenwart eine ständige Entwicklung vollzieht.

2.2.3.1 Gesprächstechniken in der ärztlichen Kommunikation

In der ärztlichen Kommunikation müssen die Gespräche zwischen Arzt und Patienten immer professionell durchgeführt werden. Die Informationen sollten strukturiert, verständlich und

empathisch an die Patienten übermittelt werden. Für die professionelle Gesprächsführung wurden Gesprächstechniken ermittelt, mit deren Hilfe Ärzte besser kommunizieren können.

Als erstes muss der Zweck eines Gesprächs für den Arzt klar definierbar sein.

Bucka-Lassen (2011, S.23) stellt den Gesprächszweck folgendermaßen dar:

Zweck	Worum es geht	Kern
Sache	Informationen: <ul style="list-style-type: none"> - Vermitteln - Empfangen 	kognitiv (sachbetont)
Sichtweise	Das Modell des anderen: <ul style="list-style-type: none"> - Verstehen - Abklären (helfen) - Erweitern - Ändern 	affektiv (gefühlsbetont)

Tabelle 1: Gesprächszweck nach Bucka-Lassen 2011

Bucka-Lassen betont, dass ein Gespräch nicht nur einen Zweck, sondern mehrere haben kann, die sich sogar im Gespräch abwechseln können. Diese Themenbereiche müssen dem Arzt vor dem Gespräch bekannt sein.

Kölfen (2013) schlägt vor, das Gespräch wie ein „Sandwich“ zu strukturieren. Der Einstieg und der Ausstieg - die zwei Hälften des Sandwichs – geben den Rahmen des Gesprächs, die Botschaft ist der Belag. Mit dem Einstieg wird der Kontakt zum Patienten aufgebaut und das Gesprächsklima geschaffen. In der nächsten Phase wird die Botschaft übermittelt, wichtige Informationen werden also für den Patienten verständlich gemacht. Diese Phase erfordert Sachlichkeit und Verständlichkeit. In der Ausstiegsphase sollten die Ergebnisse des Gesprächs zusammengefasst werden und bei Bedarf weitere Vorgehensweisen abgesprochen werden. Es sollte angestrebt werden, dass das Gespräch einen positiven Ausgang hat.

Zu der Strukturierung des Gesprächs gehört auch ein bewusster Umgang mit der asymmetrischen Kommunikationsvoraussetzung. Der Arzt hat mehr Wissen über den Gesundheitszustand des Patienten, zudem muss er für die Situation Verantwortung tragen. Der Arzt setzt den Gesprächsrahmen, initiiert ihn, führt das Gespräch, stellt Fragen, hat das Recht zu unterbrechen, bestimmt das Gesprächsthema und beendet das Gespräch (Bucka-Lassen, 2011). An dieser Stelle ist es wichtig zu erwähnen, dass der Arzt den Ort des Gesprächs bewusst auswählen muss. Gespräche, die im Krankenhausflur oder im Wartezimmer vor anderen Patienten durchgeführt werden, können gut strukturiert sein, werden aber trotzdem nicht das gewünschte Ziel erbringen. Des Weiteren kann die Sitzposition zwischen Arzt und Patient das Gespräch beeinflussen. Wenn der Patient sich in einer „Verhörsituation“ fühlt, kann das eine negative Auswirkung haben, gerade wenn

schlechte Nachrichten übermittelt werden. Kölfen (2013, S. 77) erwähnt weitere wichtigen Punkte in seinen Spielregeln zur Gesprächsgestaltung:

- Entscheiden Sie sich klar für oder gegen ein Gespräch.
- Achten Sie auf den richtigen Zeitpunkt.
- Gehen Sie nie ohne ein Ziel ins Gespräch, formulieren Sie Ihr minimales und maximales Gesprächsziel.
- Achten Sie auf eine gute Gesprächsatmosphäre.
- Kommunizieren Sie eindeutig und klar in drei Schritten.
- Fragen Sie so lange, bis Sie sicher sein können, Klarheit oder Verständnis erreicht zu haben.
- Stellen Sie empathische Fragen.
- Stellen Sie sicher, dass Ihre Botschaft so angekommen ist, wie sie gemeint war.
- Fassen Sie abschließend das Wichtigste und die gemeinsame Vereinbarung zusammen.

Gespräche stocken schnell, wenn Fragen nicht korrekt gestellt werden, deswegen ist es für Ärzte wichtig, dass sie die Fragetechniken sicher beherrschen und diese geschickt benutzen.

Folgende Fragen können in der Ärztlichen Gesprächsführung hilfreich sein (Bucka-Lassen 2011):

- Offene Fragen: Fragen, die der Gesprächspartner nicht mit Ja oder Nein beantworten kann. Durch offene Fragen signalisiert der Arzt Interesse, kann über den Patienten vielseitige Informationen erhalten und somit schneller eine Diagnose erstellen.
- Geschlossene Fragen: auch Entscheidungsfragen genannt, können helfen, wenn der Arzt schnellstmöglich an Informationen kommen muss.
- Kognitive Fragen: auch konfrontierende Fragen genannt, sind sachbezogen. Es wird immer etwas Konkretes erfragt, worauf eine konkrete und kurze Antwort folgen kann, wie zum Beispiel, „Was tun Sie gegen Ihre Schmerzen?“.
- Affektive Fragen: versuchen den Hintergrund der Gefühle des Gesprächspartners zu erkunden, wie zum Beispiel, „Wie geht es Ihnen, wenn Sie an die Untersuchung denken?“.
- Alternative Fragen: geben Wahlmöglichkeiten vor, zum Beispiel: „Möchten Sie schon heute oder erst morgen mit der Therapie starten?“.
- Rhetorische Fragen: verlangen keine Antwort. Sie unterstellen, dass die Antwort auf der Hand liegt. Die rhetorische Frage ist eigentlich eine Aussage. Durch die indirekte

Formulierung kann das Gegenüber somit beeinflusst und die eigene Meinung aufgedrängt werden, zum Beispiel: „Wer glaubt denn noch so etwas?“.

- Suggestive Fragen: geben die Antwort quasi schon vor, sind aber in der Kommunikation gefährlich, weil sie manipulierend wirken können und nicht immer zu erkennen sind. Ein Beispiel: „Sie finden doch auch, dass Sie mit dem Rauchen aufhören sollten, oder?“.

Ärzte sollten nicht nur gut Fragen stellen können, sondern müssen auch in der Lage sein, gut zuzuhören. Auch das Zuhören hat drei verschiedene Formen:

1. Passives Zuhören bedeutet, dass ohne Zwischenfragen und Unterbrechung auf das Gesagte geachtet wird. Pausen und Schweigen werden im Gespräch zugelassen und ausgehalten (Bucka-Lassen, 2011).
2. Aktives Zuhören ist in der professionellen Gesprächsführung unersetzlich. Nur durch diese Methode, kann eine patientenzentrierte Gesprächsführung funktionieren. Über aktives Zuhören signalisiert der Arzt, dass er die übermittelten Informationen versteht und er dem Patienten im Gespräch folgen kann. Des Weiteren kann sich durch diese Methode eine vertrauensvolle Beziehung zwischen den Gesprächspartnern entwickeln. Techniken aktiven Zuhörens sind nach Schweickhardt (2006, S. 72):
 - Ausreden lassen
 - Offene Fragen stellen
 - Pausen machen
 - Ermutigung zur Weiterrede
 - Paraphrasieren (Wiederholen) und Zusammenfassen des Gesagten
 - Spiegeln von Emotionen
3. Empathisches Zuhören ist ein Verhalten, das dem Erzählenden zeigt, dass er ernst genommen und gehört wird. Dieses Verhalten wird mit nonverbalen Mitteln unterstützt (Bucka-Lassen, 2011).

Es ist möglich, Kommunikationstechniken zu erlernen, aber nur durch Üben kann das Wissen gefestigt werden. Eine weitere Voraussetzung zu gelungener Kommunikation ist das Bewusstsein über das eigene Kommunikationsverhalten. Zur professionellen Gesprächsführung gehören auch der ständige Austausch mit Kollegen und das gemeinsame Reflektieren über schwierige oder gelungene Gesprächssituationen. Ärztliche Gesprächsführung zu üben und das gegenseitige Feedback danach ist eine gute Methode, um diese Kompetenzen optimal zu fördern.

2.2.3.2 Status

Welche Rolle ein Mensch in einer sozialen Interaktion einnimmt, kann von Geschlecht, sozialer Schicht und Bildungsniveau jedoch weniger von der individuellen Leistung abhängig sein. Diese Positionen sind nicht gerecht, sondern oft hierarchisch verteilt. „Aufgrund der Position, die wir in einer Gesellschaft, aber auch in bestimmten sozialen Gruppen und Situationen zugeschrieben bekommen und wahrnehmen, können wir, bewusst oder unbewusst, unterschiedliche Verhaltensweisen entwickeln“ (Scheller, 2012, S. 107).

Statusverhalten wird in der Sozialpsychologie auch als Dominanz- und Unterwerfungsverhalten beschrieben. Es ist nicht nur bei Menschen, sondern auch in der Tierwelt eindeutig zu beobachten. Ein Dominanzverhältnis entwickelt sich von Person zu Person. Durch Dominanz, auch Selbstbehauptungsstreben genannt, wird eine Rangordnung zwischen den Beteiligten in der Interaktion geschaffen, dadurch können Reibungen in der Kommunikation gehemmt oder zugespitzt werden (Delhees, 1994).

Der Status zeigt sich immer in sozialen Systemen. Eine Person bewegt sich in verschiedenen sozialen Gruppen, somit hat sie auch verschiedene soziale Rollen und Stati, zum Beispiel kann die Person in der Ehe einen Tiefstatus haben aber beruflich als Direktor eines Institutes Hochstatus besitzen. „Insofern ist der soziale Status, der einem Mitglied eines sozialen Systems zukommt eine abhängige Variable von den unterschiedlichen Rollen und Leistungen, die es in unterschiedlichen Mehrfachrollen in sozialen Systemen spielt und für sie erbringt, z. B. der Bildungs-, der Berufs-, der Einkommens-, der Schichtungs-, der Abstammungs-, der Persönlichkeits- und der Lebenspartnerstatus“ (Peyer, 2012, S. 71-72).

Kommunikation hat zwei Formen die mit Status oder auch Dominanzverhalten in Verbindung gebracht werden können:

1. Symmetrische Kommunikation: die Kommunikationspartner sind auf der gleichen Ebene. Die Hoch- und Tiefstatus wechseln sich im Gespräch je nach Expertise ab, das Machtverhältnis zwischen den Interaktionspartnern ist dabei ausbalanciert, es herrscht Gleichgewicht, beispielsweise bei zwei Oberärzten.
2. Asymmetrische Kommunikation: einer der Kommunikationspartner steht im Status höher und hat eindeutig mehr Macht als sein Interaktionspartner, zum Beispiel in der Beziehung Oberarzt - Patient (Bucka-Lassen, 2005; Stickelmann, 2012).

„Bei dem kommunikativen Status geht es darum, welche Person in einer konkreten Situation dominant ist und welche sich unterordnet. Beide Pole, der Hoch- wie auch der Tiefstatus, beinhalten Versuche, den anderen zu beeinflussen und unter Druck zu setzen“ (Stickelmann, 2012, S. 112). Hoch- und Tiefstatus lassen sich im Verhalten mittels der nonverbalen

Kommunikationssignale eindeutig beobachten (Bruno, Adamczyk & Bilinski, 2014; Röhner & Schütz, 2012; Stickelmann 2012).

	Hochstatus	Tiefstatus
Körperhaltung	<ul style="list-style-type: none"> - aufrechte Körperhaltung - stabiler Stand - Körper nimmt Raum ein - große und klare Gesten - Bewegungen sind entweder energisch oder langsam und klar geführt - der Körper hat eine offene Haltung - Kopf bleibt beim Sprechen oft unbewegt - beim Stehen werden die Arme oft überkreuzt oder seitlich auf die Hüfte gesetzt - beim Sitzen wird der Tisch eingenommen oder Arm wird an der Rückenlehne des Stuhles positioniert 	<ul style="list-style-type: none"> - gebeugte Haltung, hängende oder hochgezogene Schulter - unsicherer, wackliger Stand, oft wird das Körpergewicht von einem Bein auf das andere verlagert, Füße sind oft nach innen gedreht - Gesten sind klein und unauffällig oder schnell und unkontrolliert; Hände sind oft am Gesicht, vor dem Mund etc. - Körper hat eine geschlossene Haltung - Kopf wackelt oft, ist nach unten gebeugt
Gangart	<ul style="list-style-type: none"> - große, zielgerichtete, stabile Schritte 	<ul style="list-style-type: none"> - kleine, schnelle oder kleine langsame, unsichere Schritte
Blickverhalten	<ul style="list-style-type: none"> - direkter, herausfordernder Blick - Blickkontakt wird gesucht und gerne ausgedehnt 	<ul style="list-style-type: none"> - Blick von unten nach oben, Blickkontakt wird oft vermieden
Stimme, Besonderheiten in der Sprache	<ul style="list-style-type: none"> - starke Stimme, die passend eingesetzt wird - Pausen im Gespräch werden gezielt eingesetzt und ausgedehnt - deutliche Artikulation - Ausdruckslaute werden bewusst und der Informationsinhalt unterstützend eingesetzt 	<ul style="list-style-type: none"> - leises Sprechen - zitterige Stimme - Stimmlage ist entweder zu hoch oder zu tief – die Person spricht mit verstellter, unnatürlicher Stimme - beim Sprechen kommt öfter Stottern oder Poltern vor, das Sprechtempo ist entweder zu schnell oder zu langsam - der Sprechfluss wird oft von Räuspern, Lächeln oder verschiedenen Ausdruckslauten (wie „ähm“) unterbrochen - Sprechpausen werden zufällig, nicht bewusst oder ohne Informationsinhalt eingesetzt
Weitere äußere Statusmerkmale	<ul style="list-style-type: none"> - Bekleidung, wie teure Kleidungsstücke, Uniform, weiße Kittel - auffällige und/oder teure Accessoires, wie Uhren, Taschen, Schmuck, Schuhe - gepflegtes Äußeres und weitere Statussymbole 	<ul style="list-style-type: none"> - Bekleidung - ungepflegte äußere Erscheinung

Tabelle 2: Hochstatus und Tiefstatus im Vergleich

Welchen Status eine Person übernimmt, hängt immer von ihr selbst und der Situation ab. Wenn aber jemand einen bestimmten Status übernimmt, muss sein Interaktionspartner darauf komplementär reagieren (Nöllke, 2015). Der Status „Kampf“ oder „Dominanz“ zeigt sich dann, wenn die Ansichten oder Handlungen der Interaktionspartner verändert werden sollten, zum Beispiel in einer Diskussion, beim Überreden oder Überzeugen. Eine gelungene Kommunikation kann dann zustande kommen, wenn die Interaktionspartner ihre eigenen Dominanzbestrebungen abtasten und einen gegenseitigen Handlungsspielraum gewährleisten. Wenn die gegenseitigen Erwartungen und Ansprüche nicht akzeptiert werden, kommt es zu einem Konflikt (Delhees, 1994). Wenn die Statusverhältnisse nicht klar definiert sind, kommt es zu allgemeinen Unsicherheiten und die Situation wird vage sein (Nöllke, 2015).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass in jeder Form von menschlichen Beziehungen Dominanz und angepasstes Verhalten gezeigt und ausgeführt werden. Hoch- und Tiefstatus werden oft unbewusst der Persönlichkeit entsprechend eingenommen, aber auch bewusst, um zum Beispiel ein Ziel zu erreichen oder durchzusetzen (Scheller, 2012). Es gibt viele Übungen, um Statusverhalten zu trainieren, nicht nur im Bereich der theaterpädagogischen Settings, sondern auch in verschiedenen Kommunikationstrainingsangeboten, wie zum Beispiel in ärztlichen Kommunikationsübungen.

2.2.3.3 Typische Gesprächssituationen in der Medizin

Im folgenden Abschnitt werden von zahlreichen Varianten die vier wichtigsten Gesprächssituationen aus dem medizinischen Alltag vorgestellt:

1. Anamnesegespräch
2. Aufklärungsgespräch
3. Beschwerdegespräch
4. Überbringen schwerer Nachrichten

1. Das Anamnesegespräch wird am häufigsten in der Medizin durchgeführt und kann je nach Situation sehr unterschiedlich ablaufen. In der Notaufnahme ist das Gespräch zielgerichtet und schnell. In einer Arztpraxis sollten sich Ärzte für die Anamnese ausreichend Zeit nehmen. Bei einem Anamnesegespräch treffen Arzt und Patient zum ersten Mal aufeinander. Der Patient ist emotional angespannt, hat Erwartungen, Ängste und Hemmungen. Dazu kommt, dass die körperliche Untersuchung eine intime Angelegenheit ist. Deswegen ist es wichtig, dass sich der Arzt bemüht, noch vor der körperlichen Untersuchung eine vertrauensvolle

Beziehung zum Patienten aufzubauen. Verläuft das Gespräch nicht optimal, bleiben dem Arzt viele wichtige Informationen verwehrt. In diesem Fall ist die Diagnosestellung erschwert oder unmöglich. Eine ausführliche Strukturierung (siehe Anhang) für die Durchführung des Anamnesegesprächs gibt Schweickhardt (2006).

2. *Aufklärungsgespräche* müssen vor diagnostischen und therapeutischen Eingriffen durchgeführt werden. Juristisch gesehen hat jeder Patient ein Recht auf Aufklärung, somit ist der Arzt dazu verpflichtet. Hilfen zur Durchführung dieser Art von Gesprächen geben die vorgefertigten Aufklärungsbögen. Diese ersetzen jedoch nicht die persönliche Kommunikation.

Es gibt drei Arten von Aufklärungsgesprächen (Schweickhardt & Fritzsche, 2016, S. 109):

- Diagnoseaufklärung
- Verlaufsaufklärung
- Risikoaufklärung

Die Informationen für diese Aufklärungen sollten vom Arzt thematisch gegliedert werden, wobei die wichtigsten explizit kenntlich zu machen sind. Dabei ist auf einen für den Patienten verständlichen Wortschatz zu achten, wobei lateinische Fachbegriffe möglichst umgangen werden sollten. Der Arzt muss sich vergewissern, ob und wie die Informationen verstanden wurden. Erst wenn keine Fragen mehr bestehen, kann das Gespräch beendet werden (Schweickhardt & Fritzsche, 2016).

3. *Beschwerdeggespräche* sind herausfordernde Gespräche. Der Patient zeigt Unzufriedenheit, ist emotional aufgebracht, fühlt sich aus einem Grund schlecht behandelt und sucht nach einer Lösung. Der Arzt muss den Patienten mit seiner Beschwerde ernst nehmen, ruhig bleiben und auf der sachlichen Ebene handeln. Ein Streitgespräch sollte vermieden werden. Kutscher & Helmut (2016, S. 107) haben „Die sieben Schritte des Beschwerdegesprächs“ entwickelt:

Schritt 1: Beschwerde annehmen, zuhören und schweigen

Schritt 2: Stoßdämpfer setzen, für Befreiungsgefühl sorgen

Schritt 3: Problembewusstsein zeigen, Beschwerdeursache mit Fragetechnik feststellen

Schritt 4: im kontrollierten Dialog Gespräch zusammenfassen, Lösung anbieten

Schritt 5: Vereinbarung treffen, Patienteneinverständnis einholen

Schritt 6: sich bedanken

Schritt 7: Zusagen einhalten, Vereinbarung umsetzen

Beschwerdeggespräche können durch gute Aufklärung, durch präventive Maßnahmen und durch empathische Haltung sowie gute Kommunikationskompetenzen vonseiten des medizinischen Personals besser verhindert werden.

4. Das *Überbringen schlechter Nachrichten* ist die schwierigste und emotional herausfordernde Aufgabe der Mediziner. Mit „schlechten Nachrichten“ sind Diagnosen gemeint, die das Leben des Patienten von einer Sekunde zur anderen grundlegend verändern. Bei unheilbaren Krankheiten können Ärzte dem Patienten nicht genau sagen, wie eine Krankheit individuell verläuft, wie die Symptome sein werden, wie groß der Schmerz sein wird. Sicher ist nur, der Patient wird trotz Behandlungen nie wieder gesund. Die Gefühle und Gedanken, die nach einer solchen Diagnose entstehen, sind dramatisch. Wie sie das Verhalten beeinflussen, ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich.

Um solche Gespräche professionell durchführen zu können, hat das Team von Baile (Baile, Buckmann, Lenzi, Glober, Beale und Kudelka, 2000) das SPIKES-Protokoll entwickelt. Mit Hilfe dieses Leitfadens kann der Arzt die schlechte Nachricht angemessen und so gut es geht schonend übermitteln. Da das Protokoll in der Praxis benutzt wird und in der medizinischen Ausbildung unterrichtet wird, wird es an dieser Stelle vorgestellt - in dieser Arbeit wird das ins Deutsche übersetzte SPIKES-Protokoll aus den Vorbereitungsmaterialien der hochschuldidaktischen Fortbildung „Arzt-Patient-Kommunikation“ (2014) verwendet:

S - Setting up: geeigneten Rahmen aufbauen (Raum, Zeitpunkt, Sitzordnung, Begrüßung, innere Haltung des Arztes)

P – Perception: Wahrnehmung des Patienten erfassen (aktuelles Befinden und Informationsstand)

I – Invitation: Erlangen einer Einladung des Patienten (Informationsbedarf - wie genau und wie detailliert die Botschaft übermittelt werden sollte. Der Patient entscheidet, wieviel er wissen will.)

K - Knowledge: Diagnosemitteilung (mit einleitendem Satz ankündigen „Ich habe eine schlechte Nachricht für Sie“, klar und eindeutig, ohne Fremdworte, kleinschrittig, immer nur so viel wie der Patient versteht, Verständnis regelmäßig nachfragen)

E – Emotions: Emotionen ansprechen und mit Empathie reagieren (Gefühle des Patienten wahrnehmen und ihn beim Benennen unterstützen, Raum geben mit Pausen und behutsamen Nachfragen, keine Beschwichtigungen und Gefühlsunterdrückung durch schnelles Aufzählen von Therapieangeboten)

S - Strategy und Summary: Zusammenfassung (das Wichtigste noch einmal zusammenfassen und nächste Schritte der Behandlung mitteilen oder dafür einen neuen Termin vereinbaren)

Zusammenfassend lässt sich ableiten, dass der Arztberuf nicht ausschließlich aus medizinischem Wissen und Können besteht. Erkenntnisse aus den letzten Jahrzehnten zeigen, dass die ärztliche Kommunikation ein wichtiger Teil des Heilprozesses ist und

kommunikative Kompetenzen bei Ärzten nicht fehlen dürfen. Die Aufgaben in der Ausbildung von Medizinern bestehen neben dem Übermitteln von breitem fachlichen Wissen und Können, auch in dem Erlernen und Trainieren verschiedener Gesprächsführungstechniken.

2.2.3.4 Exkurs Feedback

Um professionelle Gespräche führen zu können, müssen diese vorher geübt werden. Dafür gibt es verschiedene Möglichkeiten: entweder üben die Auszubildenden oder das Fachpersonal miteinander - so ist die Möglichkeit zur Perspektivübernahme gegeben – oder die Gesprächssituationen werden mit trainierten Gesprächspartnern simuliert. In den medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildungen werden Simulationspatienten für das ärztliche Kommunikationstraining ausgebildet. Sie sollten nicht nur authentisch ihre Rollen in der Simulation spielen können, sie müssen auch fähig sein, nach Beendigung des Gesprächs eine strukturierte Rückmeldung zu geben. In der Praxis wird diese Rückmeldung Feedback genannt. Durch diese Rückmeldung ist es möglich, über das eigene Gesprächsverhalten und über die persönliche Wirkung zu reflektieren.

Ziele des Feedbacks nach Silbernagel (2008) sind:

- Unterstützung bei der Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten und Fertigkeiten
- Rückmeldung über verbale und nonverbale Verhaltensweisen
- Stärken und Schwächen der Gesprächsführung zu erfassen

Feedback sollte unmittelbar nach der simulierten Gesprächsführung stattfinden und sollte kurzgefasst werden. Silbernagel (2008) empfiehlt drei gut gelungene und drei verbesserungsfähige Aspekte auszuwählen.

Feedback-Regeln sollten vor der Gesprächsführung, noch in der ersten Sitzung, für alle Teilnehmer präsent erklärt werden. Alle Beteiligten sollten sich an die vorgestellten Regeln halten. Die Feedback-Regeln nach Silbernagel (2008):

Feedback ist:

- *direkt*, es richtet sich nur an den Lernenden.
- *konkret*, auf Verhalten bezogen, es ist immer mit einem Beispiel verbunden.
- *wertfrei*, daher enthält es keine Bewertung.
- *eine persönliche Mitteilung*, es ist als Ich-Botschaft formuliert.
- *positiv und negativ*, es wird in Form der Sandwich-Technik gegeben.

Die Sandwich-Technik ist eine sehr beliebte und effiziente Feedbackmethode und ähnlich aufgebaut, wie die bereits erwähnte Strukturierung des Gespräches nach Kölfen (siehe S. 44). Es wird immer als erstes etwas Gutes hervorgehoben (das Brot), dann kommt die wertschätzende und konstruktive Kritik (der Belag) und als Abschluss wieder Lob (das Brot). So ist gewährleistet, dass das Feedback immer positiv abgeschlossen werden kann und das Selbstwertgefühl des Empfängers nicht verletzt wird.

Feedback zu geben ist nicht einfach und muss geübt werden. Deswegen ist es wichtig, dass Simulationspatienten nicht nur auf ihre Rollen und auf die Gesprächssituationen vorbereitet werden, sondern auch ein Training erhalten, um das Feedback zu geben.

2.2.4 Forschungsstand zur Ärztlichen Gesprächsführung

Im folgenden Abschnitt werden ausgewählte Arbeiten aus der Forschung zum Thema Arzt-Patient-Beziehung und Ärztliche Gesprächsführung aus der medizinischen Praxis, Lehre und Ausbildung vorgestellt.

Eneghardt (2003) untersuchte in einer Übersichtsarbeit den Wandel der Arzt-Patient-Beziehung mit besonderem Blick auf die Ethik. Sein Fazit ist, dass die patientenzentrierte Medizin mit der naturwissenschaftlichen-technischen Medizin ergänzt werden sollte. Heutzutage ist im Heilungsprozess technisch viel möglich, umso wichtiger ist es, dass die Ärzte die neuen Interventionsmöglichkeiten mit den Patienten gut kommunizieren. Ein Arzt sollte seine medizinische Macht mit den Patienten teilen und sich „verständlich, wahrhaftig und gleichzeitig sensibel“ (Eneghardt, 2003, S. 1971) ausdrücken.

Was einen guten Arzt ausmacht, haben Herzig, Biehl, Stelberg, Hick, Schmeisser und Koerfer (2006) versucht zu erkunden. Das Forschungsteam hat die Aussagen von medizinischen Professionsvertretern untersucht. Die meisten Befragten nannten die Fach- und Handlungskompetenz als wichtigste Kriterien für einen guten Arzt. Am zweit-häufigsten wurden Patientenorientierung und Empathie genannt, die Kompetenzen Reflexivität, Lernbereitschaft, Hilfsbereitschaft und Authentizität fanden am wenigsten Erwähnung.

Neumann et al. (2010) interessierten sich für die Bedeutung und Barrieren ärztlicher Empathie im Praxisalltag und führten eine qualitative Kurzumfrage bei Ärzten durch. Dabei stellte sich heraus, dass in der medizinischen Versorgung zwischen ärztlicher und alltäglicher Empathie unterschieden wird. Empathie grenzt sich für Ärzte von Mitleid eindeutig ab, da ihnen ein professionelles Handeln sonst nicht möglich ist. Ein wichtiges Ergebnis der Studie ist, dass sich ärztlicher Stress signifikant negativ auf die Empathie auswirkt, was die Qualität der Patientenversorgung beeinflussen kann.

Der positive und empathische Umgang mit Patienten ist demnach ein wichtiger Bestandteil des ärztlichen Handelns. Eine nächste Frage bezüglich des ärztlichen Umgangs mit den Patienten ist, ob es Unterschiede in der Behandlung von Frauen und Männern gibt. Sieverding und Kendel (2012) haben in ihrer Übersichtarbeit versucht, eine Antwort auf diese Frage zu geben. Die Autoren haben den Einfluss der Geschlechterrollen untersucht und sich mit den Stereotypen von Männern und Frauen auseinandergesetzt. Demnach gehen Männer mit körperlichen Symptomen später zum Arzt, sind schlechter zu präventiven Maßnahmen zu motivieren und präsentieren nach außen ein gezügeltes Selbstkonzept. Die Gefahr dabei ist, dass bei männlichen Patienten somatische und psychische Störungen übersehen werden. Frauen hingegen, nehmen ihre körperlichen Symptome schneller wahr und gehen eher zum Arzt. Ihre organischen Beschwerden werden jedoch häufig auf psychische Störungen zurückgeführt. Sieverding & Kendel treffen die Aussage, dass das Geschlecht der Patienten, wie auch das der Ärzte sich auf die Arzt-Patient Interaktion auswirkt. Sie empfehlen, dass schon in der medizinischen Ausbildung die Geschlechterrollen und Geschlechtsstereotypen bewusstgemacht werden und dass Gender-Konzepte im medizinischen Curriculum berücksichtigt werden sollten.

Die Interaktion zwischen Arzt und Patient werden im Alltag stark von der vorhandenen Zeit, welche der Arzt für den Patienten aufbringen kann, beeinflusst. Gerade in der patientenzentrierten Medizin ist die Ärztliche Gesprächsführung ein wichtiges Element. Um wichtige Informationen vom gesundheitlichen Zustand des Patienten zu erfahren, muss der Patient diesen erzählen können. Ausreden lassen ist eines der wichtigsten Kriterien, um an Informationen zu kommen. Aber lassen Ärzte unter dem alltäglichen Zeitdruck ihre Patienten ausreden? Wilm, Knauf, Peters und Bahrs (2004) untersuchten in einer qualitativen Studie, wann Hausärzte ihre Patienten zu Beginn der Konsultation unterbrechen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Eingangsredezeit der Patienten nur 11 bis 24 Sekunden dauert. Die gesamte Konsultation dauert in der Regel nicht länger als 6 bis 11 ½ Minuten, dabei wird die Gesamtdauer durch eine unterbrochene Eingangssequenz nicht verlängert. Gründe für die Unterbrechung sind meistens Zwischenfragen, die die Anamnese betreffen und/oder der individuelle Stil des Arztes. Die Autoren betonen, dass das Ausreden von Seiten des Patienten zu einer erhöhten Patientenzufriedenheit führen könnte, ohne die Konsultationszeit zu verlängern.

Langewitz (2012) präsentiert in seiner Übersichtarbeit, dass die Arzt-Patient-Kommunikation erlernbar ist. Laut seinem Fazit sollte die Arzt-Patient-Gesprächsführung von der Alltagskommunikation abgegrenzt werden. Er betont, dass die Elemente der ärztlichen

Gesprächsführung als konkrete Lernziele definiert sind, dass Methoden vorhanden sind, um diese Ziele zu erreichen und dass es Prüfungsformate gibt, um den Wissenserwerb zu überprüfen. Voraussetzung für die Umsetzbarkeit ist, dass genügend Lehrpersonen in den medizinischen Fakultäten vorhanden sind, die selber „über eine hohe professionelle Kompetenz im Bereich der Arzt-Patient-Kommunikation verfügen“ (Langewitz, 2012, S. 1181).

Martin, Rockenbach, Kleinert und Stöbel-Richter (2016) gingen der Frage nach, ob aktives Zuhören vermittelt werden kann. Für die Studie wählten sie zwei verschiedene Lehrmethoden, um aktives Zuhören beizubringen. Die erste Gruppe wurde technikorientiert unterrichtet, die zweite einstellungsorientiert, die dritte (Kontrollgruppe) erhielt keinen Unterricht. Die Übungen verliefen in simulierten Arzt-Patient-Gesprächen. Für die Studie wurde auch die Beobachterperspektive berücksichtigt. Die Ergebnisse zeigten, dass die Kontrollgruppe schlechter abgeschnitten hat als die beiden Forschungsgruppen. Die einstellungsorientierte Gruppe hatte die besten Werte, die Teilnehmer der Gruppe, auch aus der Beobachterperspektive, konnten besser auf die Gefühle der Simulationspatienten eingehen. Fazit der Studie ist, dass aktives Zuhören einstellungsorientiert zu vermitteln ist.

Die Frage, welchen Einfluss Stress auf Medizinstudierende hat, wird in den letzten Jahren von verschiedenen Forschungsteams untersucht. Bugaj et al. (2016) haben das Stresserleben bei Medizinstudierenden im Kontext von Bindung beobachtet. Fazit der Studie ist, dass der Bindungsstil das Stresserleben beeinflusst. Studierende mit einem unsicheren Bindungsmuster haben eine erhöhte Stressbelastung als sicher gebundene. Um die Zusammenhänge zwischen Bindung und Stress sowie Bindung und Ärztlicher Gesprächsführung klar zu entschlüsseln, sind noch weitere Studien von Nöten.

Medizinstudierende haben eine hohe Belastung im Studium. Sie müssen nicht nur theoretisches Wissen fehlerlos erwerben, sondern auch das praktische Können perfekt beherrschen. Die Erwartungen und der Leistungsdruck sind enorm, viele der Absolventen gehen schon belastet in den Beruf. Koehl-Hackert et al. (2012) haben untersucht, welche Auswirkung diese Belastungen bei Medizinstudierenden am Ende des Praktischen Jahres im Hinblick auf Empathie und Burnout haben. Die Ergebnisse zeigen, dass die befragten Studierenden ihr Verhalten im klinischen Alltag empathisch einschätzen. Des Weiteren wurde festgestellt, dass bei allen befragten Studierenden im praktischen Jahr Burnout-Hinweise vorliegen, 1/5 der Befragten erreichten sogar eine kritische Stufe des Burnouts. Ein Zusammenhang zwischen hohen Burnout-Werten und niedriger Selbstwirksamkeit wurde

auch erkennbar. Demnach sollte schon im Studium mit der Prävention von Burnout begonnen werden.

Seitz, Gruber, Preusche und Löffler-Stastka (2017) suchten Antworten auf die Frage, warum ein Rückgang von Empathie bei Medizinstudierenden zu beobachten ist. In der qualitativen Studie kam das Forschungsteam auf folgende Erkenntnisse (S. 29):

- Lehrende befürworten am stärksten empathisches Verhalten gegenüber Patienten, zeigen aber, aus Sicht der Studierenden, eher selten Empathie.
- Aus Sicht der Studierenden zeigen Ärzte empathisches Verhalten am seltensten und befürworten es auch nicht.
- Die meisten Studierenden orientieren sich, wenn es um empathisches Verhalten geht, an psychosozialen Berufsgruppen.
- Es fehlen Vorbilder, um empathisches Verhalten erlernen zu können.
- Weitere Faktoren, die empathisches Verhalten negativ beeinflussen, sind Stress, persönliches Unwohlsein, wenig Zeit, Störung durch Dritte, Unsicherheit, Überforderung und Schwierigkeiten, sich vom Patienten emotional abzugrenzen.

Die Autoren betonen, dass diese Ergebnisse als Grundlage für weitere Studien dienen könnten und die Ursachen vom Rückgang empathischen Verhaltens im Studium weiterhin erforscht werden sollten.

Die vorgestellten Studien zeigen ein breites Spektrum an und trotzdem lässt sich feststellen, dass noch ein hoher Bedarf an Forschungen im Bereich ärztlicher Kommunikation besteht, sei es in der Praxis, Lehre oder Ausbildung, im Kontext von Stress, Burnout, Empathie oder Bindung.

2.3 Szenisches Spiel in der Medizin

Die Begriffe Szenisches Spiel, Darstellendes Spiel, Dramaspiel und Theaterpädagogik werden oft synonym verwendet, im Alltag sind sie stark mit der Institution Theater verbunden - Theater als Kunstform und als Ort zur ästhetischen Bildung. Theaterpädagogen arbeiten jedoch in unterschiedlichen Arbeitsfeldern, nicht nur im Theater und in der Schule. Daher verbergen die benannten Begriffe feine Unterschiede in der Praxis.

Im folgenden Abschnitt der Arbeit liegt der Fokus auf dem medizinischen Einsatzbereich des Szenischen Spiels, um aufzeigen zu können, warum diese Methode so nützlich für die Arzt-Patient-Kommunikation sein kann.

2.3.1 Begriffserklärung

Der Begriff „Theaterpädagogik“ wurde schon häufig auf verschiedene Weise beschrieben, meistens im künstlerischen oder pädagogischen Kontext. Eberhardt (2005, S. 2) fasst die verschiedenen Definitionen wie folgend zusammen:

„Theaterpädagogik bedeutet die Initiierung von Lern- und Erfahrungsprozessen durch das Medium Theater. Grundlage dieser pädagogischen Theaterarbeit ist ein ganzheitlicher Ansatz, der alle Dimensionen und Lebenszusammenhänge der Teilnehmer berücksichtigt und deshalb Körper, Geist und Seele ansprechen und fördern möchte“.

Theaterpädagogik ist eine handlungsorientierte Pädagogik. Die Teilnehmer erarbeiten im Dramaspiel gemeinsam fiktive Konflikte in realen Situationen und mit realen Figuren. Nicht alle Teilnehmer sind aktiv, aber alle Teilnehmer, auch wenn sie nur zuschauen, lernen aus der Situation. Konflikte in der theaterpädagogischen Arbeit werden in der Regel mit der Gruppe durch Diskussionen und Spielvariationen gemeinsam gelöst. Die gespielten Situationen werden mit mehreren Sinnen erfasst und das Erlebte wird als reales Geschehen in der Erinnerung der Teilnehmer gespeichert. Somit ist es möglich, später, in realen Konflikten, die gespeicherten Lösungswege aus der Erinnerung wachzurufen und passend zu handeln. Eine Erklärung für dieses Phänomen können uns die Spiegelneuronen geben, auf die im nächsten Kapitel näher eingegangen wird.

2.3.2 Neurobiologie und Szenisches Spiel

Seit der Entdeckung der Spiegelneuronen (2008) von Rizzolatti und seinem Team konnten viele Erklärungen, zum Beispiel für das empathische Verhalten, für Lernen durch Beobachtung, für das Erlernen der Sprache oder für soziales Verhalten etc. neu formuliert werden. Peter Brook, der berühmte Theaterregisseur, sah in den Spiegelneuronen den neurobiologischen Beweis, warum das Theaterspiel seit Jahrtausenden auf die Zuschauer wirkt (Rizzolatti & Sinigaglia, 2008). Die Autoren betonen, dass das Spiegelneuronensystem es uns Menschen ermöglicht, nicht nur als individuelle, sondern auch als gesellschaftliche Subjekte zu handeln, da die Spiegelschaltungen gewissermaßen eine Brücke zwischen den Individuen bauen.

„Mehr oder weniger komplizierte Formen der Nachahmung, des Lernens, sowie der gestischen und sogar verbalen Kommunikation finden tatsächlich eine genaue Entsprechung in der Aktivierung von bestimmten Spiegelschaltungen“ (Rizzolatti & Sinigaglia, 2008, S. 15).

Menschen können voneinander lernen und den emotionalen Zustand von anderen verstehen. Auf diese Weise sind alle miteinander verbunden (Rizzolatti & Sinigaglia, 2008).

Eine wichtige Erkenntnis aus der Forschung von Spiegelneuronen, passend zum Dramaspiel, gibt Keysers (2013, S. 77):

„Während wir die Handlungen anderer wahrnehmen, reagiert unser prämotorischer Kortex, als nähmen wir die Handlungen selbst vor“.

Durch diese Erkenntnis ist es möglich die Hypothese aufzustellen, dass auch das Zuschauen bei Rollenspielen zu wahrem Wissen führen kann. Eine wissenschaftlich anerkannte Studie hierzu ist zurzeit noch nicht zu finden. Es gibt jedoch Theaterschaffende, wie zum Beispiel Rhonda Blair (2008), die Arbeiten veröffentlichten, in denen sie versuchten, die neurobiologischen Zusammenhänge im Kontext von Theater darzulegen.

2.3.3 Lernen durch szenisches Spiel

Das szenische Spiel als Lernprozess ist sehr vielschichtig. Hierbei ist es möglich, die kognitiven Inhalte in Form von Spiel sofort auf die Handlungsebene zu übertragen und dabei verschiedene Kompetenzen (Handlungskompetenz, sozial-kommunikative Kompetenz, personale Kompetenz, fachlich-methodische Kompetenz) der Teilnehmer gleichzeitig zu fördern. Im szenischen Spiel setzen sich die Teilnehmer als Gruppe in vorgestellten Situationen mit inneren und äußeren Haltungen der dargestellten Personen auseinander und erforschen diese mit allen Sinnen. Dabei werden das Einfühlungsvermögen der Spielenden aktiviert, das sinnliche Vorstellungsvermögen sensibilisiert, körperliche Haltungen thematisiert, das sprachliche Handeln erprobt und reflektiert und soziale Beziehungen können aus einem neuen Blickwinkel analysiert werden. Die Gruppe wird immer von einem Spielleiter begleitet, der den Teilnehmern einen geschützten Raum für die Arbeit sichert sowie die gespielte Situationen vorgibt, das Spielgeschehen mit Methodenvielfalt beeinflusst und die Reflexion strukturiert (Scheller, 2012).

Szenisches Spiel oder Dramaspiel bedeutet in der theaterpädagogischen Praxis nicht nur das Spiel einer Szene, es ist auch ein Überbegriff für die Übungen, die im Lernprozess angewendet werden. Diese Methoden, oder wie Scheller (2012) es nennt, „Verfahren des szenischen Spiels“, sind klar voneinander zu unterscheiden. Kennenlernspiele, Wahrnehmungsübungen, Lockerungsübungen, Konzentrationsübungen, Assoziationsspiele, Vorstellungsübungen, Körper- und Bewegungsübungen, Sprechübungen, Statusspiele, Standbilder, Improvisationen jeder Art und das Rollenspiel mit selbstentwickelten oder mit literarischen Texten gehören in den Praxiskoffer eines jeden Theaterpädagogen. Die

didaktische Anwendung der Übungen hängt immer von der jeweiligen Gruppe und vom Ziel ab. Rollenspiele als Lernmethode werden nicht nur im schulischen Kontext, sondern auch in der Erwachsenenbildung sowie in verschiedenen therapeutischen Settings, wie zum Beispiel in dem Psychodrama von Moreno, angewendet. Das zeigt, dass szenisches Spiel eine vielseitig anwendbare und nützliche Methode ist.

2.3.4 Interdisziplinarität des Fachbereiches Theaterpädagogik

Das Arbeitsfeld von Theaterpädagogen ist vielfältig. Im Theater sind sie verantwortlich für theaterpädagogische Projekte, wie Theaterclubs für Personen, die selber Theaterspielen wollen (Kinder, Jugendliche, Studierende, Senioren, etc.) sowie Vor- und Nachbearbeitungsangebote für laufende Theaterstücke, hauptsächlich für Schulklassen und deren Lehrpersonen. Oft inszenieren Theaterpädagogen selbst.

Lehrer, die Darstellendes Spiel als Unterrichtsfach studiert haben, unterrichten in den Schulen nach dem jeweiligen Lehrplan des Faches. Einige leiten zusätzlich Arbeitsgruppen und erarbeiten Schultheaterstücke. Das sind die bekannten Arbeitsbereiche der Theaterpädagogen und in der jungen wissenschaftlichen Disziplin Theaterpädagogik werden auch die meisten Forschungsarbeiten im Bereich der ästhetischen Bildung durchgeführt (Bekk, 2015; Dörger & Nickel, 2008; Hentschel, 2003; von Rießen, 2016).

Theaterpädagogen werden aber auch oft von der Wirtschaft engagiert. Im Unternehmenstheater werden verschiedene Formen des szenischen Spiels zur Verbesserung von Unternehmenskultur, Selbstmanagement, Motivation, Kommunikation und zum Ermöglichen flacher Hierarchien benutzt (Hoffmann, 2007).

Des Weiteren werden Theaterpädagogen in unterschiedlichen sozialen Einrichtungen und Projekten eingesetzt, seien es Altenheime, Flüchtlingshilfen oder Projekte für langzeitarbeitslose Menschen.

Mit zusätzlichen Qualifikationen können Theaterpädagogen auch als Therapeuten tätig werden. Psychodrama und Theatertherapie sind mittlerweile anerkannte und oft angewandte Methoden in der Behandlung von psychisch kranken Menschen.

So ist es nicht verwunderlich, dass auch an vielen deutschen medizinischen Fakultäten Theaterpädagogen als wissenschaftliche Mitarbeiter eingestellt wurden. Ihre Aufgabe ist es, mit ihren Kompetenzen das medizinische Lehrpersonal bei der Entwicklung und Durchführung der Lehrveranstaltungen zur Ärztlichen Gesprächsführung zu unterstützen.

2.3.5 Einsatz von Rollenspielen in der Medizin

Rollenspiele in der Erwachsenenbildung wurden seit den 1970er Jahren in der Beratung und Weiterbildung als eine beliebte Methode angewendet, seitdem wurden viele Techniken und Ansätze erarbeitet. Das pädagogische Rollenspiel besteht aus drei Formen: dem Protagonistenspiel, dem Großgruppenspiel und dem literarischen Rollenspiel. Für diese Arbeit ist das Protagonistenspiel relevant, welches sich nach drei Zielrichtungen unterscheiden lässt (Lensch, 2007):

- Psychodramatisches Rollenspiel
- Trainierendes Rollenspiel
- Wunscherfüllendes Rollenspiel

Im psychodramatischen Rollenspiel wird in der Gruppe eine psychosozial relevante Situation aus der Individualgeschichte einer Person nachgespielt, um diese Situation wiederzuerleben und zu reflektieren. Das wunscherfüllende Rollenspiel gibt die Möglichkeit, Sehnsüchte, Hoffnungen und verschiedene Lebenswege zu entwickeln und spielerisch zu erproben. Im trainierenden Rollenspiel sollen künftige Situationen geübt werden, „indem die erwarteten Schwierigkeiten thematisiert und in Form eines antizipierenden Probehandelns ausgeräumt werden“ (Lensch, 2007, S. 257).

In der medizinischen Weiter- und Ausbildung wird das trainierende Rollenspiel, um das ärztliche Gespräch zu üben, am häufigsten angewandt. Es gibt die Möglichkeit, dass die Lernenden in der Partnerarbeit miteinander Gesprächssituationen nachspielen - dadurch wird die Perspektivübernahme trainiert – oder dass Simulationspatienten, Schauspielpatienten oder standardisierte Patienten als Spielpartner eingesetzt werden (Schnabel, 2013). Der Begriff Schauspielpatienten wird als Bezeichnung oft übergreifend für alle Darsteller, die für die simulierten Situationen ausgebildet werden, verwendet. Einige Einrichtungen, wie das Rostocker Mediziner Trainingszentrum (RoMeTz), benutzen den Begriff nur für Darsteller, die einen Hochschulabschluss als Schauspieler besitzen. Simulationspatienten (SP) sind dagegen Patientendarsteller die, „als Teil eines klinisch orientierten Unterrichtskonzeptes bestimmte Patientenrollen simulieren. Ihr Einsatz erfolgt in der Regel mit einem nachfolgenden Feedback durch den SP selbst und/oder durch den Dozenten“ (Schnabel, 2013, S. 116).

Simulationspatienten können professionelle, so wie auch Laien oder trainierte, reale Patienten sein.

Standardisierte Patienten sind Darsteller, „deren standardisiertes Verhalten zur Beurteilung der Leistungen von zu testenden Personen im Vordergrund steht“ (Schnabel, 2013, S. 116).

Standardisierte Patienten werden also in den Prüfungen, wie die OSCE (Objective Structured Clinical Examination) eingesetzt. Wichtig ist, dass die trainierten Darsteller sich streng an die vorgegebenen Fallvignetten und Rollenvorgaben halten müssen, damit die Leistungen der Prüflinge objektiv beurteilt werden können.

Für die Übungen des Trainings Ärztlicher Gesprächsführung oder der Arzt-Patient-Beziehung werden Fallvignetten, auch Rollenskripte genannt, entwickelt. In diesen Skripten werden die Gesprächssituationen detailliert beschrieben und die Patientenrollen klar definiert. Welches Geschlecht, Alter, welche Statur und welchen sozialen Hintergrund besitzt der Patient, wie verhält er sich in der Situation, welche typischen Fragen stellt er und welche Antworten gibt er? Trotzdem bleibt ein Teil der gespielten Szene Improvisation, da es unmöglich ist, die Dynamik im Rollenspiel zwischen den Spielpartnern vorherzusagen und diese vollständig zu beeinflussen. Simulationspatienten müssen vor jeder neuen Fallvignette trainiert werden, damit sie ihre neuen Rollen sicher beherrschen, sich nicht vor möglichen Variationen erschrecken, nicht zu viel oder zu wenig spielen und ihre Rollen authentisch darstellen können. Dazu gehört auch, dass die Darsteller in passender Bekleidung zum Einsatz kommen. Es muss immer geklärt werden, ob die Simulation eine körperliche Untersuchung beinhaltet und wie weit der Simulationspatient dazu bereit ist. Im Training muss auch das Geben von Feedback geübt werden, damit die Simulationspatienten eine adäquate Rückmeldung an die Studierenden/Teilnehmern geben können, wie zum Beispiel mittels der „Sandwich-Technik“ (siehe 2.2.3.4). Der Einsatz von Simulationspatienten bedarf eines hohen Organisationsaufwands. Es muss darauf geachtet werden, dass die Darsteller so eingeplant werden, dass sie die Möglichkeiten bekommen, sich nach herausfordernden Rollen von den Simulationen zu erholen. Bei wichtigen Einsätzen, wie zum Beispiel Prüfungen, sollte für die Zeit des Einsatzes, mindestens eine Vertretung vorhanden sein, für den Fall, dass einer der Simulationspatienten ausfällt. Simulationspatienten sollten nicht nur nach dem ersten Einsatz Rückmeldung erhalten, es sollten regelmäßig Debriefing-Termine stattfinden, in denen mögliche Probleme, Heraus- oder Überforderungen oder auch Steigerungsmöglichkeiten besprochen werden können. Die Bezahlung sollte angemessen für den Aufwand der Simulation bemessen werden und die Vorbereitungstermine sollten auch vergütet werden (Schnabel, 2013).

Der Einsatz von Simulationspatienten bringt mehrere Vorteile mit sich: die Darsteller können in standardisierten Situationen eingesetzt werden, bei guter Planung sind sie für die Lehre immer verfügbar und psychisch wie auch physisch belastbar und sie können ein strukturiertes und konstruktives Feedback geben. Nachteilig ist, dass ein Simulationspatient kein echter

Patient ist, demnach sind die körperlichen Symptome nicht oder nur begrenzt darzustellen. Des Weiteren verursachen die Darsteller zusätzliche Kosten und Personalaufwand für die jeweilige medizinische Einrichtung. Trotz dessen werden Simulationspatienten verbreitet in der medizinischen Lehre eingesetzt und einer Professionalisierung der Methode steht nichts mehr im Wege (Schnabel, 2007).

2.4 Ärztliche Kommunikation in der Mediziner Ausbildung

Im Mai 2012 wurde in Deutschland die Approbationsordnung für Ärzte modifiziert. Durch diese Änderung wurde die Ärztliche Gesprächsführung fest in der ärztlichen Ausbildung und im Staatsexamen verankert (Jünger et al., 2015). Aufgabe und Herausforderung der medizinischen Fakultäten war es, das Curriculum mit kommunikativen Lernzielen und Kompetenzen zu ergänzen. Zeitgleich wurde das Projekt „Nationales longitudinales Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin“ an der Heidelberger Universitätsmedizin mit dem Ziel gestartet „vorhandene Ressourcen zu bündeln und die Ärztliche Gesprächsführung in die Curricula zu integrieren“ (Jünger et al., 2015, S. 190). Durch dieses Projekt wurde es möglich, dass die verschiedenen medizinischen Fakultäten Praxiserfahrungen, Lehrmethoden und Lehrmaterialien austauschen können. Im Jahr 2015 wurde der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) verabschiedet, welcher ein Kerncurriculum beschreibt, mit dessen Hilfe Kommunikation in der Medizin gezielt gefördert werden kann. Das übergreifende Ziel des Projektes ist, den NKLM bis 2017 erfolgreich in der Lehre umzusetzen. Durch dieses Mustercurriculum kann die Qualität der Lehre im Bereich Kommunikation und Ärztliche Gesprächsführung in den humanmedizinischen Fakultäten angepasst werden.

Der „Masterplan Medizinstudium 2020“ wurde am 31. März 2017 bekannt gegeben. Die Arzt-Patient-Kommunikation und Arzt-Patient-Beziehung sollen im Studium fest verankert und die sozialen und kommunikativen Kompetenzen der Studierenden sollen fortlaufend entwickelt und gestärkt werden.

2.4.1 Ärztliche Gesprächsführung in der Lehre - Vergleich der Universitäten

Die Ärztliche Gesprächsführung hat sich in der Lehre an vielen Hochschulen des Landes didaktisch fest etabliert. Die Modellstudiengänge, wie an der Berliner Charité, dienen als Beispiel für alle. Eine detaillierte Vorstellung der einzelnen Einrichtungen in Deutschland würde den inhaltlichen Rahmen und die Thematik dieser Arbeit überschreiten. Deswegen wurden die wichtigsten Informationen aus vier ausgewählten medizinischen Universitäten in einer Tabelle zusammengefasst, um so einen möglichen Überblick zu geben und gleichzeitig

einen Vergleich vollziehen zu können. Die Informationen wurden während einer Exkursion zu den ausgewählten Einrichtungen und aus den persönlichen Gesprächen der Mitarbeiter gesammelt. Die Exkursion zu den medizinischen Fakultäten nach Duisburg-Essen, Köln und Münster fand im Sommer 2015 statt, inhaltliche Änderungen seither sind daher nicht auszuschließen.

In der Tabelle sind Informationen wie räumliche Bedingungen, Anzahl der Mitarbeiter und Simulationspatienten oder Anzahl der Simulationen pro Studierende einzusehen.

	Ort/ Räumlichkeiten	Seit	Zahl der Angestellten	Zahl und Stundenlohn der SP's	Anzahl der Simulationen pro Studierende	Video-basierte Arbeit	OSCE Prüfung	Weitere Besonderheiten
Universität Duisburg-Essen	- SkillsLab mit eigenen Räumlichkeiten - SimSpace - OP's - Seminarräume mit technischer Ausrüstung	Gebäude neu eröffnet in 2015	- 2 wiss. MA (Ärzte) mit 1/5 Stelle - 6 studentische Hilfskräfte - kein Theaterpädagoge	insgesamt ca. 50-55 <u>Bezahlung:</u> - Profis 20 €/Stunde - Laien 10 €/Stunde	keine Information	ja	Ja	- Adopositas-Kostüme sind im SkillsLab vorhanden und werden für die Simulationen benutzt
Universität zu Köln / KISS	KISS – SkillsLab mit eigenen Räumlichkeiten - Seminarräume mit technischer Ausrüstung - OP's - unterschiedliche Behandlungsräume	keine Information	- 8 Mitarbeiter davon 1 Theaterpädagoge - 21 studentische Hilfskräfte - 11 freie MA	insgesamt ca. 70 <u>Bezahlung:</u> keine Information	jeder Studierende nimmt mindestens 10 Stunden an Simulationsgesprächen während des Studiums teil, maximal 20 Stunden sind möglich	Ja	Ja	- es besteht die Möglichkeit zur freien Übung in den SkillsLab - Behandlungsraum zur Fachrichtung Gynäkologie
Westfälische Wilhelms-Universität Münster	Studienhospital Studienpraxen SimSpace	2007	- 4 feste MA, davon 1 Theaterpädagoge - viele Tutoren auf Honorarbasis	insgesamt ca. 80 <u>Bezahlung:</u> von 8,20 € bis 20 € / Stunde (erhöht sich mit der Zahl der Einsätze)	jeder Studierende führt 8 Simulationsgespräche während des Studiums durch	Ja	Ja	- ringförmige Arena als Übungsraum, um mehrere Simulationsgespräche gleichzeitig üben zu können - modernste Technik und realitätsnahe Räumlichkeiten
UMR	kein eigener Raum, ein Skills Lab, das zur Zeit getrennt vom Simulationsprogramm arbeitet	zentral organisiert seit 2012	- 1 wiss. MA mit ¼ Stelle - 1 studentische Hilfskraft - zahlreiche motivierte Lehrende	Insgesamt ca. 40 <u>Bezahlung:</u> - Profis 25 €/Stunde - Laien 15 €/Stunde	Simulationsgespräche werden auf freiwilliger Basis durchgeführt. Zurzeit ist nicht gewährleistet, dass jeder Studierende mit SP's wenigstens einmal während des Studiums üben kann.	Selten, technische Ausrüstung fehlt	Ja	- trotz fehlender Räumlichkeiten und fehlender technischer Ausstattung werden Lehrveranstaltungen kontinuierlich in verschiedenen Fachbereichen motiviert durchgeführt

Tabelle 1: Vergleich des Einsatzes von Simulationpatienten in den ausgewählten Universitäten

Das Simulationsprogramm an der UMR ist im Vergleich zu den anderen Universitäten das jüngste. In dieser kurzen Zeit wurde jedoch mit einer im Vergleich geringen Anzahl von Mitarbeitern und wenig finanziellen Mitteln ein Simulationspatienten-Pool aufgebaut und es werden regelmäßig Simulationen in vielen Fachbereichen durchgeführt. Aber es gibt für Simulationsgespräche noch keine geeigneten Räumlichkeiten und das videogestützte Arbeiten ist nur mit wenigen technischen Mitteln realisierbar. Es ist noch nicht sichergestellt, dass alle Studierenden während des Studiums mindestens ein Simulationsgespräch durchführen können.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Universitätsmedizin Rostock Aufholbedarf hat.

2.4.2 Das Rostocker Mediziner Trainingszentrum

Vor 2012 haben verschiedene Fachbereiche an der UMR, in der humanmedizinischen Ausbildung, mehr oder weniger häufig Simulationspatienten eingesetzt. Die Themen und Inhalte, so wie die Fallvignetten, wurden nirgends zentral erfasst, es gab keinen gemeinsamen Pool von SP's und auch keine gemeinsame Methode für das Feedbackgeben. Die Ermittlung des damaligen Standes ist aufgrund wechselnder Verantwortlicher und lückenhafter Dokumentation unmöglich.

2012 wurde das Rostocker Mediziner Trainingszentrum (RoMeTz) am Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie (IMPMS) gegründet, finanziert über das Programm „Studium Optimum“, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. Die Laufzeit der Förderung war vom 01.10.2012 bis zum 31.03.2015.

Die Einstellung der ersten wissenschaftlichen Hilfskraft konnte aus verwaltungstechnischen Gründen erst ab April 2013 erfolgen. Ab April 2014 wurde dann eine zweite wissenschaftliche Hilfskraft eingestellt, so konnte der Aufbau des RoMeTz-Programms schneller vorangetrieben werden. Das Team wurde 2016 durch eine studentische Hilfskraft verstärkt.

Die wichtigsten Aufgaben in der ersten Phase waren:

1. Erfassung des Bedarfs zur Arbeit mit SP aus den Bereichen der UMR
2. Koordination aller Lehrveranstaltungen zur Ausbildung kommunikativer Kompetenzen in der UMR
3. Unterstützung der Dozenten bei der Durchführung der Lehrveranstaltungen
4. Rekrutierung und Ausbildung von SP für die verschiedenen Bereiche in Lehre der UMR
5. Evaluation

Die Bedarfsermittlung für den Einsatz von Simulationspatienten in der Lehre wurde nicht vollständig abgeschlossen. Der Stand im Jahr 2017 ist, dass das SP-Programm in folgenden Instituten / Kliniken in der Lehre integriert worden ist:

- Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
- Klinik und Poliklinik für Neurologie, Zentrum für Nervenheilkunde
- Interdisziplinärer Bereich für Palliativmedizin
- Institut für Rechtsmedizin
- Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin
- Kinder- und Jugendklinik
- Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie
- Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde „Hans Morat“
- Institut für Allgemeinmedizin

Seit 2013 wurde ein Pool von ca. 40 Simulationspatienten von Amateur-Darstellern, sowie professionellen Schauspielern unterschiedlichen Spielalters, von 18 bis 80 Jahren aufgebaut. Jeder Darsteller wird in mindestens zwei verschiedenen Fachbereichen eingesetzt. Die Anschlussfinanzierung der SP-Einsätze wurde vom Studiendekanat übernommen, die Darsteller arbeiten auf Honorarbasis. Die unterschiedlichen Lehrveranstaltungen werden mit den Lehrpersonen gemeinsam geplant, die Fallvignetten werden im Team erarbeitet. Bei neuen Fallvignetten werden die SP's erst von den RoMeTz-Mitarbeitern trainiert, dann von den Lehrpersonen. Die Einsätze werden mindestens zwei Wochen vor Beginn der Lehrveranstaltung für das ganze Semester durchgeplant, Änderungen mit Vorbehalt. Um Ersatz von SP bei unvorhergesehenen Geschehnissen kümmert sich immer das RoMeTz-Team.

Die Evaluation der SP-Einsätze an der UMR erfolgte in den letzten Jahren kontinuierlich, die Auswertung der Ergebnisse ist Teil dieser Arbeit.

Die Finanzierung des RoMeTz-Projektes von Studium Optimum lief 2015 aus. Seither wurden für die Mitarbeiter befristete Stellen am IMPMS und im Studiendekanat geschaffen, damit die Arbeit ohne Unterbrechung weitergeführt werden kann. Ziel sollte es aber sein, dass Stellen für die reibungslose Durchführung des SP-Programms gesichert werden, sowie dies auch an anderen Universitäten der Fall ist.

2.4.2.1 Lehrveranstaltungen mit Simulationspatienten an der Universitätsmedizin

Rostock

Im folgenden Abschnitt werden die Lehrveranstaltungen mit Simulationspatienten an der UMR in einer Tabelle geordnet vorgestellt. Die Informationen wurden aus der RoMeTz-Bilanz 2015 entnommen, ergänzt und aktualisiert.

Klinik/Institut	Veranstaltung	Zeitraum	Fallvignetten		SP	Anzahl Studierende (ca.)
			Zahl & Gesprächsführung	Thema & Gesprächsform		
Neurologie	Blockpraktikum	SS 14	29 Termine, je 2 Vignetten, ganze Gruppe wirkt mit	Schlaganfall, MS, Parkinson, GBS Ziel: Übung von Untersuchungstechniken	10	Gesamter Jahrgang
	Blockpraktikum	SS 15 SS 16	30 Termine, je 2 Vignetten, ganze Gruppe wirkt mit	Schlaganfall, MS, Parkinson, GBS Ziel: Übung von Untersuchungstechniken	8	Gesamter Jahrgang
Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie	Seminar Medizinische Psychologie	SS 14	10 Termine, je 2 Vignetten, je 2 Studierende führen Gespräch	Überbringen einer Diagnose: - HIV - Brustkrebs - Hodenkrebs	10	5 x 25
		WS 14/15				5 x 25
		SS 15 WS 15/16 SS 16 WS 16/17				5 x 25
	Wahlfach Kommunikation in ärztlichen Grenz-situationen	SS 15 SS 16	Wochenendseminar mit 4 Vignetten, alle Studierenden üben Gesprächsführung mind. Zweimal	Anamnesegespräch mit aggressivem Patienten, Gespräch mit Patienten und Ehefrau/schlechte Nachricht (HIV, inoperabler Hirntumor), Elterngespräch (verunfalltes Kind – Beinamputation)	3	24
		SS 15 SS 16			3	6
KAI	Wahlfach Anästhesiologie	SS15	2 Termine, je 1 Vignette, je 2 Studierende führen Gespräch	Überbringen schlechter Nachricht/ Angehörigengespräch - Lungenversagen	2	10

Rechtsmedizin	Wahlfach Leichenschau	WS 14/15	2 Termine, je 2 Vignetten, je 2 Studierende führen Gespräch	plötzlicher Tod im häuslichen Umfeld	2	18
		SS 15 WS 15/16 SS 16 WS 16/17 SS 17		plötzlicher Tod im Krankenhaus	2	18
Palliativmedizin	OSCE	WS 14/15 SS 16	1 Termin, 3 Vignetten	Überbringen schlechter Nachricht/SPIKES: Metastasen nach Prostatacarcinom-OP Metastasen bei Lungencarcinom Tonsillencarcinom bei 45-Jährigem mit Alkohol- und Nikotinabusus	2	Gesamter Jahrgang
	Kommunikations- seminar	SS 15	1 Termin, 4 Vignetten, alle Studierenden führen mind. ein Gespräch	Erweiterte Fälle aus der OSCE-Prüfung, Tod eines Kindes in der Notaufnahme, Weitere Übungen: - Übungen zum Aktiven Zuhören - ein Fallbeispiel mit Elementen des Forum Theater bearbeiten Besonderheit: Dozentin und Theaterpädagogin leiten die Veranstaltung als Team	5	20
UKJ	Blockpraktikum Kinderheilkunde	SS 15 WS 15/16 SS 16 WS 16/17 SS 17	30 Termine, je 2 Vignetten, je 2 Studierende führen Gespräch	Aufklärungsgespräch mit Jugendlichen/Adhärenz – Diabetes, Angehörigengespräche: Nierentumor bei Neugeborenem, Behandlungsbedingte Komplikation (paravenöse Infusion), unerwünschte Verlängerung des Klinikaufenthaltes	6	Gesamter Jahrgang

Psychosomatik	Blockpraktikum	SS 15 SS 16 SS 17	insgesamt 30 Termine, je 1 Vignette, je 1 Studierende führen Gespräch	Anamnesegespräch bei: - Angststörung/Panikattacke - Zwangsstörung - Narzisstischer Störung	5	Gesamter Jahrgang
Querschnitts- bereich 14 - Schmerz- Medizin	Seminar	WS 15/16 WS 16/17	1 Termin für jeden Studierenden mit je 3 Vignetten, je 1 bis 3 Studierende führen Gespräch	Übung von schmerzmedizinischen Grundkompetenzen	4	Gesamter Jahrgang
Zahnmedizin	Phantomkurs	WS 15/16 WS 16/17	3 Termine für jeden Studierenden mit je 3 Vignetten, alle Studierenden führen mind. ein Gespräch	Begrüßung und Kontaktaufnahme (Beziehungsaufbau), Empathie-Training: Patientenrolle übernehmen, Informationsgespräch zu Untersuchung und Behandlung, Besonderheit: Dozent und Theaterpädagogin leiten die Veranstaltung als Team	4	Gesamter Jahrgang

Tabelle 2: Überblick der Lehrveranstaltungen mit Simulationspatienten an der UMR Stand Juni 2017

Die UMR kann für sich den Erfolg verzeichnen, dass Simulationspatienten in den letzten Jahren intensiv in die Lehre integriert worden sind, dass in kurzer Zeit so viele Fachrichtungen eine Zusammenarbeit eingegangen sind und dass weitere einen Bedarf angemeldet haben.

2.5 Fragestellung und Hypothesen

Das Ziel dieser Arbeit ist die erstmalige Evaluation der Einsätze von Simulationspatienten in den verschiedenen Lehrveranstaltungen der Humanmedizin an der Universität Rostock. Dabei soll untersucht werden, ob die Studierenden den Einsatz von Simulationspatienten in der Lehre als relevant einschätzen und ob sie das Feedback von Lehrenden, SP und Seminargruppe sinnvoll finden. Es soll zusammengefasst werden, welche Motivation die Studierenden für die Übung mit Simulationspatienten aufbringen und welche Auswirkung diese Übungen auf das subjektiv wahrgenommene Selbstvertrauen bezüglich ärztlicher Gesprächsführung haben. Es sollen weitere Antworten auf die Fragen gegeben werden, wie realitätsnah die Gespräche von den Studierenden eingeschätzt wurden sowie ob und welche Verbesserungswünsche seitens der Studierenden vorhanden sind.

Im Hinblick auf die Evaluation wurden folgende Forschungsfragen formuliert:

- Ist ein geschlechtstypischer Unterschied in der Beurteilung der befragten Studierenden bezüglich der Relevanz, des erhaltenen Feedbacks, der eigenen Motivation und des Selbstvertrauens von männlichen und weiblichen Studierenden in den Lehrveranstaltungen mit Simulationspatienten an der UMR zu beobachten?
- Ist ein alterstypischer Unterschied in der Beurteilung der befragten Studierenden bezüglich der Relevanz, der erhaltenen Feedbacks, der eigenen Motivation und des Selbstvertrauens bei Studierenden die jünger sind als 24 Jahre und bei Studierenden ab dem 25. Lebensjahr zu beobachten?
- Ist ein Unterschied zwischen den Simulationsübungen mit professionellen Schauspielern und Laiendarstellern in Bezug auf Realitätsnähe und Feedback zu beobachten?

Aus den Forschungsfragen werden folgende Hypothesen abgeleitet:

Hypothese₁: *Es ist zu erwarten, dass männliche Studierende bezüglich der Relevanz die Lehrveranstaltungen mit Simulationspatienten an der UMR im Vergleich zu weiblichen Studierenden unterschiedlich beurteilen.*

- Hypothese₂: *Es ist zu erwarten, dass männliche Studierende bezüglich der erhaltenen Feedbacks die Lehrveranstaltungen mit Simulationspatienten an der UMR im Vergleich zu weiblichen Studierenden unterschiedlich beurteilen.*
- Hypothese₃: *Es ist zu erwarten, dass männliche Studierende bezüglich der eigenen Motivation die Lehrveranstaltungen mit Simulationspatienten an der UMR im Vergleich zu weiblichen Studierenden unterschiedlich beurteilen.*
- Hypothese₄: *Es ist zu erwarten, dass männliche Studierende bezüglich des Selbstvertrauens die Lehrveranstaltungen mit Simulationspatienten an der UMR im Vergleich zu weiblichen Studierenden unterschiedlich beurteilen.*
- Hypothese₅: *Es ist zu erwarten, dass jüngere Studierende, bezüglich der Relevanz, der erhaltenen Feedbacks, der eigenen Motivation und des Selbstvertrauens die Lehrveranstaltungen an der UMR unterschiedlich beurteilen als ältere.*
- Hypothese₆: *Es ist zu erwarten, dass die ärztlichen Gesprächsübungen mit professionellen Schauspielern als Simulationspatienten realitätsnäher und die Rückmeldung von Seiten dieser Simulationspatienten positiver von den Studierenden bewertet werden, als es mit Laiendarstellern der Fall ist.*
- Hypothese₇: *Es ist zu erwarten, dass die teilnehmenden Lehrpersonen die Lehrveranstaltungen mit Simulationspatienten an der UMR bezüglich der Relevanz, der Einsätze von Simulationspatienten und der Zusammenarbeit mit dem RoMeTz –Team positiv bewerten werden.*

Aus den Forschungsfragen und Hypothesen lässt sich folgende zentrale Frage formulieren:

Wie werden die Übungen an der UMR mit dem Thema „Ärztliche Gesprächsführung“ von Lehrenden und Studierenden bewertet?

3 Methodik

3.1 Stichprobe

An der Untersuchung nahmen insgesamt 12 Lehrpersonen der UMR teil, weitere Angaben sind wegen der Anonymität der Personen nicht möglich.

Die Stichprobe der Studierendengruppe ist konsekutiv - alle Teilnehmenden, die während des Untersuchungszeitraums Seminare mit Simulationspatienten besucht und die Evaluationsbögen ausgefüllt abgaben, sind in die Stichprobe mit aufgenommen worden. Demnach tauchen Studierende vermehrt im Datensatz auf, durch den persönlichen Code ist die Möglichkeit der Zuordnung gegeben. Während der Untersuchung wurden von den Studierenden 919 Fragebögen eingereicht. 513 Studierende haben einmal, 275 zweimal, 119 dreimal und 12 Studierende viermal an unterschiedlichen Lehrveranstaltungen mit Simulationspatienten teilgenommen. An der Studie nahmen 329 Studenten und 560 Studentinnen teil, 30 Teilnehmer haben keine Angaben zum Geschlecht gemacht. Das Alter der Studierenden erstreckt sich von 18. bis 46. Jahren, der Median liegt bei 24 Jahren. 130 Studierende haben keine Angaben zum Alter gemacht. Die Gruppe der jüngeren Studierenden umfasst das Alter bis einschließlich 24 Jahren ($n = 430$) und die Gruppe der älteren Studierenden umfasst das Alter ab 25 Jahren ($n = 367$).

851 Studierende gaben ihr Semester an. Die Anzahl der besuchten Semester erstreckt sich zwischen 1. und 24. Semester, der Median liegt im 8. Semester. Wie die Kohorten in der Stichprobe verteilt sind, ist aus der Tabelle 5 zu entnehmen. Es ist eindeutig zu sehen, welche untersuchten Lehrveranstaltungen in welchem Semester stattgefunden haben und wie viele Teilnehmende das Seminar besucht und bewertet haben. Insgesamt sind in der Studie 19 Kohorten zu unterscheiden.

Veranstaltung	Zeitpunkt der Veranstaltung					Gesamtsumme
	SS 15	SS 16	WS 14/15	WS 16/17	WS 2015	
UKJ	26	0	0	84	0	110
Psychosomatik	82	24	99	0	0	205
Neurologie-Blockpraktikum	105	0	0	0	0	105
Rechtsmedizin	5	4	7	6	9	31
Seminarvorklinik IMPS	57	0	0	13	0	70
Palliativ-WE-Seminar	12	0	0	0	0	12
KAI	5	0	0	0	0	5
Zahnmedizin	0	0	0	28	21	49
QB14	0	0	0	199	133	332
Gesamtsumme	292	28	106	330	163	919

Tabelle 5: Zeitpunkt der untersuchten Lehrveranstaltungen

3.2 Forschungsstrategie

Diese Arbeit ist eine empirische Untersuchung, welche als eine Kombination aus Querschnitt- und Längsschnittstudie über mehrere Semester an der Universitätsmedizin Rostock in verschiedenen Fachbereichen durchgeführt wurde. Die auswertenden Daten wurden als Seminarevaluation durch schriftliche Befragungen in den Lehrveranstaltungen zum Thema „Ärztliche Kommunikation“ gewonnen. Zielgruppen der Befragung waren teilnehmende Studierende und Lehrpersonen der Seminare zur Ärztlichen Gesprächsführung mit Simulationspatienten an der UMR. Die Zielgruppen wurden getrennt befragt.

Die Fragebögen beinhalten geschlossene sowie offene Fragen. Somit ist es in der Untersuchung möglich, eine quantitative wie auch qualitative Auswertung der Daten zu realisieren.

3.3 Untersuchungsablauf

Die praktischen Übungen zu Fertigkeiten ärztlicher Kommunikation fanden an der Universitätsmedizin Rostock in verschiedenen Fachbereichen statt. Einige Lehrveranstaltungen, wie zum Beispiel das Psychosomatik-Blockpraktikum, sind im Lehrplan verankert, die Simulationspatienten-Einsätze sind in die Seminare integriert. Andere Seminare, beispielsweise das der Palliativmedizin, sind einzigartige Angebote, die nach Bedarf wiederholt werden können (siehe auch Tabelle 4).

Die Gemeinsamkeit dieser Seminare sind die Ärztliche Gesprächsführung und die Übungseinheit mit einem oder mehreren Simulationspatienten. Alle Lehrveranstaltungen wurden vom Rostocker Mediziner Trainingszentrum organisiert und betreut. Es wurde dabei durchweg auf eine geringe Gruppengröße geachtet. Des Weiteren hat das RoMeTz-Team:

- alle Simulationspatienten rekrutiert und trainiert,
- die Fallvignetten und Übungssituationen in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Personal entwickelt,
- die Feedbackregeln eingeführt,
- das Feedbacktraining der Lehrenden und Simulationspatienten übernommen,
- die Evaluation der Lehrveranstaltungen durchgeführt.

Somit wurden die Qualitätsniveaus der Übungen für die Ärztliche Gesprächsführung definiert und aufrechterhalten sowie eine Vergleichbarkeit der Seminare sichergestellt. Die Kooperation der verschiedenen Fachbereiche mit dem RoMeTz-Team kam in der Regel durch einen Auftrag der Lehrpersonen zustande. Die Themenschwerpunkte wurden von den Lehrpersonen passend zum Seminarinhalt festgelegt.

Der zeitliche Ablauf der Untersuchung und die erfassten Lehrveranstaltungen sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

WS 14/15	SS 15	WS 15/16	SS 16	WS 16/17
Psychosomatik Rechtsmedizin	UKJ Psychosomatik Neurologie Rechtsmedizin IMPS Palliativmedizin Anästhesiologie	Rechtsmedizin Zahnmedizin QB14	Psychosomatik Rechtsmedizin	UKJ Rechtsmedizin IMPS Zahnmedizin QB14

Tabelle 6: Zeitlicher Ablauf der Untersuchung

Die Datenerhebungen fanden zu den in der Tabelle angeführten Zeiten in den Lehrveranstaltungen in Form von Seminarevaluationen statt. Die Seminare wurden mittels des durch das RoMeTz-Team entwickelten Fragebogens evaluiert. Die Fragebögen wurden von den Studierenden in einigen Fachbereichen sofort eingesammelt - hier ist die Rücklaufquote hoch - bei anderen Veranstaltungen hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, ihre Fragebögen beim nächsten Termin abzugeben, die Rücklaufquote ist hier niedriger. Die Lehrpersonen haben die von ihnen ausgefüllten Fragebögen per Post an das RoMeTz weitergeleitet, auch hier ist die Rücklaufquote gering ausgefallen.

Die Verarbeitung der Daten erfolgte kontinuierlich in den vorlesungsfreien Zeiten, die Auswertung aller Daten fand im Sommersemester 2017 statt.

3.4 Messinstrumente

Die Fragebögen, sowohl für die Studierenden als auch für die Dozenten, beinhalten insgesamt neun geschlossene Fragen nach den Richtlinien der Likert-Skala, einer Ratingskala von fünf Stufen (Bortz & Döring, 2006), von Stufe 1 „stimme voll zu“ bis hin zur Stufe 5 „stimme gar nicht zu“. Neben den geschlossenen Fragen sind zwei offen formulierte Aussagen zu treffen. Die vorgegebenen, nicht beendeten Sätze sollten im Freitext von den Teilnehmenden ergänzt werden.

Auf dem Fragebogen für die Studierenden sind Items für weitere Angaben, wie Geschlecht, Alter und Anzahl der Fachsemester vorgesehen.

Die Dozenten wurden um die Angaben zum Geschlecht, Alter oder Fachbereich, wegen der Bewahrung der Anonymität nicht befragt und haben auch keinen Code erhalten.

Die Befragungen fanden unmittelbar nach der Übung, kurz vor dem Ende des Seminars im Seminarraum statt. Die Teilnahme war freiwillig, dabei wurden die Fragebögen für die Studierenden durch einen Code anonymisiert. Die Fragebögen sind dem Anhang zugefügt.

3.5 Statistische Auswertungsmethoden

3.5.1 Statistische Auswertung der geschlossenen Fragen des Fragebogens

Alle geeigneten Variablen wurden mittels SPSS 22 ausgewertet. Bei der Auswertung der studentischen Fragebögen wurden im SPSS 22 Identitätscode, Alter, Geburtsjahr, Geschlecht, Semesterzahl, besuchte Lehrveranstaltung sowie Zeitpunkt der Lehrveranstaltung als unterschiedliche Variablen erfasst. Die neun geschlossenen Fragen aus dem Fragebogen ergaben neun weitere Variablen. Es wurden zusätzlich drei neue Variablen generiert, deren Mittelwerte wurden überprüft. Durch exploratorische Faktorenanalysen konnten diese Variablen bestätigt werden. Somit entstand aus den Fragen 1, 2 und 3 die Variable „Relevanz“, da sich diese Fragen inhaltlich mit Praxisrelevanz, Realitätsnähe und Sinnhaftigkeit beschäftigen. Aus den Fragen 4, 5 und 6, die sich thematisch auf die Rückmeldung fokussieren, wurde die Variable „Feedback“ entwickelt. Die Variable „Motivation“ ergab sich aus den Fragen 8 und 9, da diese den Wunsch nach mehr solcher Übungen und die Bedeutsamkeit derer beinhalten.

Des Weiteren konnten die Variablen „Darsteller“ und „Jungealte“ generiert werden. Die Variable „Darsteller“ unterscheidet die Gruppen professioneller Schauspieler und

Laiendarsteller, die Variable „Jungealte“ unterscheidet Studierende, die jünger sind als 25 Jahre und die älter sind als 24 Jahre. Die Grenze zwischen jüngeren und älteren Studierenden wurde durch den Median des Alters festgelegt.

Ähnlich wurde der Fragebogen der Dozenten bearbeitet. Der Zeitpunkt der Lehrveranstaltung, die Lehrveranstaltung und die neun geschlossenen Fragen wurden als eigenständige Variable erfasst. Aus den Fragen 1, 2, 3, 4, wurde die Variable „Einsatz von Simulationspatienten“ und aus den Fragen 5, 6, 7, 8, 9 „Zusammenarbeit RoMeTz“ generiert. Aufgrund der geringen Anzahl der Fragebögen (12 Stück) ist eine detaillierte statistische Auswertung kaum möglich. Auf die Auswertung der einzelnen Lehrveranstaltungen wurde bewusst verzichtet, da sich die zentrale Fragestellung der vorliegenden Arbeit auf alle Einsätze von Simulationspatienten in der Lehre an der UMR bezieht. Im Vordergrund stand die statistische Überprüfung der Hypothesen.

Für die Auswertung der Daten von den studentischen Fragebögen wurden die Methoden der deskriptiven Statistik, explorativen Datenanalyse und des Mann-Whitney-Test verwendet. Die gewonnenen Daten aus den Fragebögen der Dozenten konnten aufgrund der geringen Anzahl nur mittels der deskriptiven Statistik ausgewertet werden.

Durch die deskriptive Statistik wurden Einzelinformationen über die Stichprobe geordnet und auf Häufigkeiten untersucht. Als nächstes wurden die Antworten der neun geschlossenen Fragen und die drei generierten Variablen auf Mittelwert, Median und Standardabweichung untersucht.

Mit der explorativen Datenanalyse konnten die Daten der studentischen Fragebögen auf die Normalverteilung mit dem Kolmogorow-Smirnow- und dem Shapiro-Wilk-Test überprüft und nicht bestätigt werden. Somit wurde die Hypothesenprüfung bei unabhängigen Stichproben mit dem Mann-Whitney-Test durchgeführt. Die Effektstärke von Cohen wurde nach der Empfehlung von Bortz & Schuster (2010) errechnet und bewertet.

Die Signifikanz wurde auf $p \leq 0,05$ festgelegt.

Aufgrund der zahlreichen Hypothesen und der großen Stichprobe war eine multiple Testung nicht vermeidbar, um die Wahrscheinlichkeit von einer zufällig auftretenden Signifikanz zu vermeiden. Mit der Alpha-Adjustierung zeigen Bortz und Schuster (2010) eine Lösung für dieses Problem auf. Jedoch ist bei der Alpha-Adjustierung die Gefahr bei der Bonferroni-Korrektur groß, dass die Alternativhypothesen zurückgewiesen werden. Bender, Lange & Ziegler (2007) empfehlen, dass bei experimentellen Untersuchungen keine Anpassung vorgenommen wird. Trotz der unterschiedlichen Empfehlungen wurden in dieser Untersuchung die Signifikanzen auch mit der Bonferroni-Adjustierung überprüft.

3.5.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die Fragebögen, sowohl für die Studierenden als auch für die Dozenten, beinhalteten zwei zu beendende Sätze, diese werden im Weiteren auch als offene Fragen bezeichnet. Die Auswertung dieser offenen Fragen erfolgte mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Mayring schlägt verschiedene Methoden für die Inhaltsanalyse vor, unter anderem die Valenz- und Intensitätsanalysen, Kontingenzanalysen, Prozessanalysen oder Klassifizierungen. Für die Auswertung der offenen Fragen wurde in dieser Studie die Methode der Klassifizierung angewendet. Mayring definiert Klassifizierung wie folgt:

„Mit Klassifizierung soll gemeint sein: die Ordnung eines Datenmaterials nach bestimmten, empirisch und theoretisch sinnvoll erscheinenden Ordnungsgesichtspunkten, um so eine strukturiertere Beschreibung des erhobenen Materials zu ermöglichen. ... Klassifizierungen können der Ausgangspunkt für quantitative Analysen sein“ (Mayring, 2015, S. 24).

In dieser Studie wurden die Ergänzungen von folgenden zwei Sätzen inhaltlich analysiert:

1. „Als besonders positiv empfand ich ...“
2. „Als verbesserungswürdig empfand ich ...“.

Die Oberkategorien wurden deduktiv aus diesen zwei Sätzen abgeleitet:

1. positive Rückmeldungen
2. konstruktive Kritik.

Die Unterkategorien wurden nach inhaltlichen Gesichtspunkten, wie Rückmeldung, Setting und Übung, strukturiert. Sie beinhalten verschiedene Items, die anhand der Aussagen der Teilnehmenden entworfen worden sind. Da Mehrbenennungen in der späteren quantitativen Analyse nicht möglich sind, wurden die von den Teilnehmenden erwähnten Kombinationen als eigenständiges Item konzipiert.

In dem Kategoriensystem wurden die Oberkategorien, Unterkategorien und die Items mit Ankerbeispielen definiert und geordnet. Die Kodierung erfolgte durch festgelegte Kodierregeln. Die beiden Kategoriensysteme sind im Anhang zu finden.

Nach der Kodierung wurden die gewonnenen Daten in das Programm SPSS 22 übertragen und quantitativ ausgewertet. Die offenen Fragen wurden mit der Methode der deskriptiven Statistik ausgewertet und mit Hilfe von Häufigkeitstabellen dargestellt. Die gewonnenen Daten wurden als Ganzes berechnet und nicht auf die einzelnen Lehrveranstaltungen oder Kohorten aufgeteilt, der Grund dafür ist die zentrale Fragestellung und die unterschiedliche Anzahl der beantworteten Fragen in den verschiedenen Kohorten.

Die offenen Fragen dienen für diese Studie als Informationsträger über positive Aussagen, Wünsche und konstruktive Kritik seitens der teilnehmenden Personen. Diese gewonnenen

Daten wurden getrennt ausgewertet. Aus diesem Grund wurde die qualitative Inhaltsanalyse nur von einer Person durchgeführt, die Ergebnisse wurden nicht auf die Validität überprüft. Zur weiteren Verwendung der Fragebögen ist eine Validierung des Kategoriensystems unerheblich.

4 Ergebnisse

Die Ergebnisse werden in drei Hauptteilen wie folgt referiert: (4.1) Ergebnisse der geschlossenen Fragen, (4.2) Ergebnisse der Inferenzstatistik und der Hypothesenprüfung und (4.3) Ergebnisse der offenen Fragen.

4.1 Deskriptive Ergebnisse der geschlossenen Fragen

4.1.1 Deskriptive Ergebnisse des Dozenten-Fragebogens

Die geschlossenen Items des Dozenten-Fragebogens wurden deskriptivstatistisch ausgewertet. Relevant und im Folgenden dargestellt sind für diese Untersuchung die absoluten und kumulativen Häufigkeiten, sowie der Mittelwert und die Standardabweichung der einzelnen Variablen.

Item 1: Der Einsatz von Simulationspatienten/-angehörigen (SP) im Seminar ist sinnvoll.

$N = 12$; $M = 1,08$; $SD = ,28$

Elf von zwölf befragten Lehrenden (91,7 %) empfanden den Einsatz von Simulationspatienten als sehr sinnvoll. Dies zeigt ein sehr positives Urteil an.

Item 2: Die Übung mit SP ist praxisrelevant.

$N = 12$; $M = 1,00$; $SD = ,00$

Alle befragten Lehrpersonen fanden die Übung mit Simulationspatienten praxisrelevant.

Item 3: Die Übung mit SP war realitätsnah.

$N = 12$; $M = 1,25$; $SD = ,45$

Dass die Übung mit Simulationspatienten realitätsnah ist, bestätigten 75 % der Dozenten in vollem Maße, 25 % der Lehrenden „stimmten zu“. Auch hier ist eine positive Tendenz ersichtlich.

Item 4: Die Rückmeldungen der SP waren hilf- und aufschlussreich.

$N = 12$; $M = 1,25$; $SD = ,45$

75 % der Dozenten „stimmten voll zu“, dass die Rückmeldungen der Simulationspatienten hilf- und aufschlussreich sind, nur 25 % der Lehrenden gaben die Note 2, also „stimmten zu“.

Item 5: Die Unterstützung bei der Vorbereitung des Einsatzes von SP ist notwendig.

$N = 12; M = 1,25; SD = ,62$

Zehn der befragten Lehrenden fanden die Unterstützung bei der Vorbereitung des Einsatzes von Simulationspatienten notwendig, eine Person gab die Note zwei und eine Person drei. Die Tendenz ist auch hier positiv und die Mehrheit, 83,3 % der Lehrenden, wünscht eindeutig Unterstützung bei der Vorbereitung.

Item 6: Die Unterstützung bei der Durchführung solcher Seminare ist notwendig.

$N = 12; M = 1,25; SD = ,45$

75 % der Lehrenden stimmten voll zu und 25 % stimmten zu, dass die Unterstützung bei der Durchführung solcher Seminare notwendig ist.

Item 7: Die Vorbereitung und Durchführung des Seminars wurde professionell durch das RoMeTz-Team unterstützt.

$N = 11; M = 2,27; SD = 1,79$

72,7 % der befragten Dozenten gaben an, dass sie bei der Vorbereitung und Durchführung des Seminars durch das RoMeTz-Team professionell unterstützt worden sind („ich stimme voll zu“ und „ich stimme zu“). 27,3 % stimmten gar nicht zu.

Item 8: Dozenten, die im Seminar mit SP arbeiten, sollten eine Einweisung in die Arbeitsmethode erfahren, um den Studierenden konstruktive Rückmeldung geben zu können.

$N = 12; M = 1,75; SD = 1,35$

Auf die Frage, ob eine Einweisung in die Arbeitsmethode vorhanden sein sollte, um den Studierenden konstruktive Rückmeldung geben zu können, gaben 66,7 % der befragten Dozenten ihre volle Zustimmung und 16,7 % stimmten zu. 16,6 % stimmten dieser Aussage nicht oder gar nicht zu.

Item 9: Ich möchte die Zusammenarbeit mit dem RoMeTz-Team wieder in Anspruch nehmen.

$N = 12; M = 1,42; SD = ,79$

83,3 % der Lehrenden würde die Zusammenarbeit mit dem RoMeTz-Team wieder in Anspruch nehmen, 16,7 % sind unentschieden. Eine positive Tendenz ist deutlich zu erkennen.

In der Abbildung 2 werden die Ergebnisse der generierten Variablen, Item 10 und 11, der Dozenten-Fragebögen dargestellt und im Anschluss beschrieben.

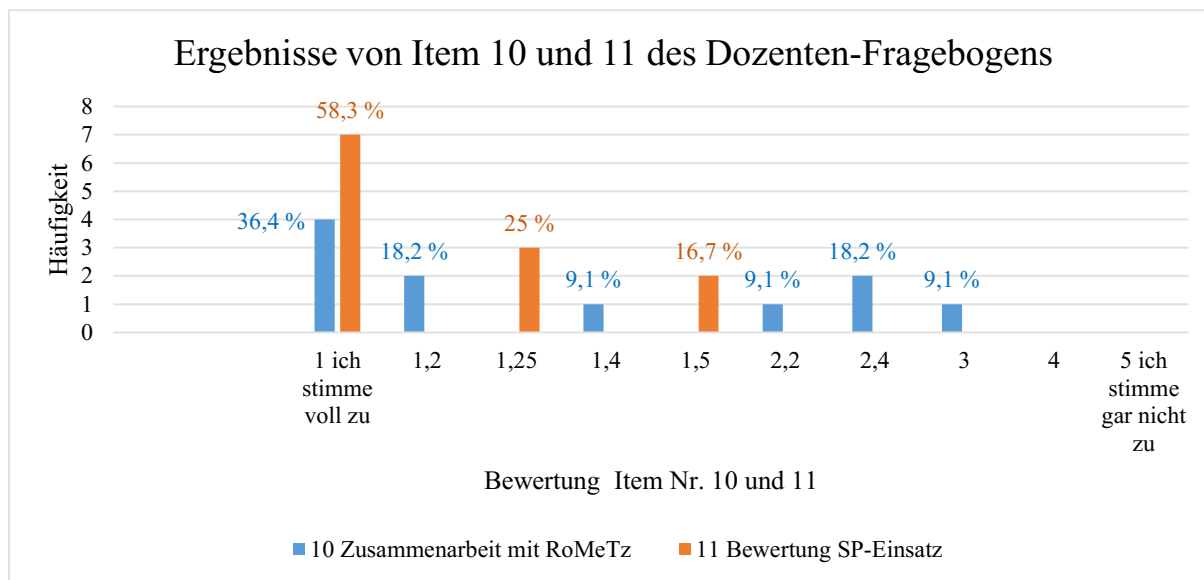


Abbildung 2: Darstellung der Ergebnisse des Dozenten-Fragebogens der Items 10 und 11

Item 10: Bewertung der Zusammenarbeit mit dem RoMeTz – Team

$N = 12$; $M = 1,61$; $SD = ,73$

Die Zusammenarbeit mit dem RoMeTz–Team wird von 63,7 % der befragten Dozenten sehr positiv und von 27,3 % positiv bewertet. Eine Person (9,1 %) gab die Note drei, eine Person machte hierzu keine Angaben.

Item 11: Bewertung vom Einsatz von Simulationspatienten in der Lehre

$N = 12$; $M = 1,14$; $SD = ,19$

Der Einsatz von Simulationspatienten in der Lehre wird von den Dozenten sehr positiv beurteilt. 58,3 % gaben die Note 1,0, 25 % 1,25 und 16,7 % 1,5.

Nach der deskriptiven Auswertung der geschlossenen Fragen des Dozenten-Fragebogens, kann an dieser Stelle Hypothese₇ bestätigt werden. Die teilnehmenden Lehrpersonen bewerteten die Lehrveranstaltungen mit Simulationspatienten an der UMR bezüglich der Relevanz, der Einsätze von Simulationspatienten und der Zusammenarbeit mit dem RoMeTz –Team positiv.

4.1.2 Deskriptive Ergebnisse des Studierenden-Fragebogens

Sowie bei dem Dozenten-Fragebogen wurden auch die geschlossenen Items des Studierenden-Fragebogens durch die Methode der deskriptiven Statistik ausgewertet. Relevant und im Folgenden dargestellt sind für diese Untersuchung die absoluten und kumulativen Häufigkeiten sowie der Mittelwert und die Standardabweichung.

Die Auswertung erbrachte, wie in Abbildung 3 dargestellt ist, folgende Ergebnisse, welche im Anschluss beschrieben werden:

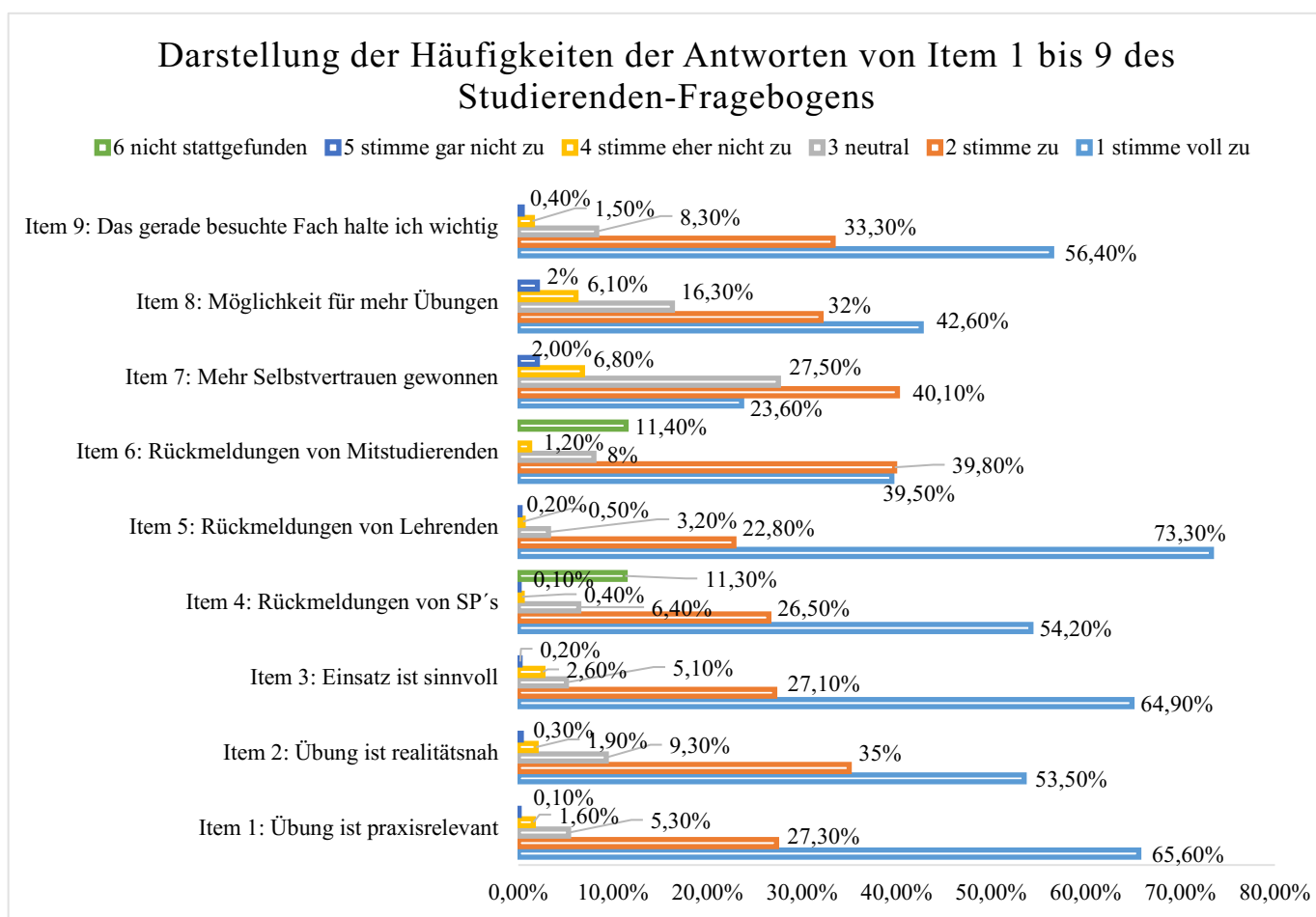


Abbildung 3: Darstellung der Häufigkeiten der Antworten von Item 1 bis 9 des Studierenden-Fragebogens

Item 1: Die Übung ist praxisrelevant.

$N=918; M = 1,43; SD = ,68$

92,9 % der Studierenden konnten der Aussage „Die Übung ist praxisrelevant“ voll zustimmen und zustimmen. 5,3 % der Befragten waren unentschlossen, 1,6 % stimmte nicht zu. Die Mehrheit der Befragten findet die Übung praxisrelevant.

Item 2: Die Übung war realitätsnah.

$N = 916; M = 1,6; SD = ,75$

88,3 % der Studierenden fanden die Übung realitätsnah („stimme voll zu“ und „stimme zu“), 1,9 % stimmten der Aussage nicht zu und 0,3 % stimmten gar nicht zu. Eine positive Tendenz ist zu erkennen.

Item 3: Der Einsatz im Seminar ist sinnvoll.

$N = 918; M = 1,46; SD = ,73$

Dass der Einsatz von Simulationspatienten im Seminar sinnvoll ist, konnten 92 % der Studierenden positiv bestätigen („ich stimme voll zu“ und „ich stimme zu“). 5,1 % der Befragten waren unentschieden 2,8 % fanden den Einsatz nicht oder gar nicht sinnvoll („ich stimme nicht zu“ und „ich stimme gar nicht zu“). Erneut ist eine positive Tendenz zu beobachten.

Item 4: Die Rückmeldungen der Simulationspatienten waren hilf- und aufschlussreich.

$N = 918; M = 2,01; SD = 1,57$

Das Feedback von Seiten der Simulationspatienten beurteilten 80,7 % der befragten Studierenden positiv („ich stimme voll zu“ und „ich stimme zu“). 6,4 % blieben unentschieden und 1,5 % der Studierenden äußerten sich negativ („ich stimme nicht zu“ und „ich stimme gar nicht zu“).

Item 5: Die Rückmeldungen der Lehrenden waren hilf- und aufschlussreich.

$N = 916; M = 1,32; SD = ,58$

„Die Rückmeldungen der Lehrenden“ fanden 96,1 % der Studierenden positiv („ich stimme voll zu“ und „stimme zu“). 3,2 % waren unentschieden und 0,7 % empfanden das Dozentenfeedback als nicht hilfreich („ich stimme nicht zu“ und „ich stimme gar nicht zu“).

Item 6: Die Rückmeldungen der Mitstudierenden waren hilf- und aufschlussreich.

$N = 911; M = 2,17; SD = 1,52$

Das Feedback von Mitstudierenden empfanden 78,3 % der befragten Personen als hilf- und aufschlussreich („ich stimme voll zu“ und „ich stimme zu“). 8 % blieben unentschieden und 1,2 % stimmten dieser Aussage nicht zu. Bei 11,4 % der Studierenden fand eine Rückmeldung von Seiten der Mitstudierenden nicht statt.

Item 7: Ich habe durch die Übungen mehr Selbstvertrauen bezüglich der Durchführung von Arzt- Patienten- Angehörigengesprächen gewonnen.

$N = 900$; $M = 2,24$; $SD = ,95$

23,6 % der Studierenden konnten der Aussage „Ich habe durch die Übungen mehr Selbstvertrauen bezüglich der Durchführung von Arzt-Patienten-Angehörigengesprächen gewonnen“ voll zustimmen. 40,1 % stimmten zu, 27,5 % waren un schlüssig und 8,8 % der befragten Studierenden konnten der Aussage nicht oder gar nicht zustimmen. Die Mehrheit der befragten Studierenden wies eine positive Tendenz bezüglich des Selbstvertrauens auf.

Item 8: Ich wünsche mir die Möglichkeit für solche Übungen auch in anderen Fachbereichen.

$N = 913$; $M = 1,91$; $SD = 1,00$

Die Mehrheit der befragten Studierenden (75,6 %) wünschte, dass Übungen mit Simulationspatienten auch in anderen Fachbereichen durchgeführt werden („ich stimme voll zu“ und „ich stimme zu“). 16,3 % der Befragten blieb un schlüssig und 8,1 % wünschten sich diese Möglichkeit nicht („stimme nicht zu“ und „stimme gar nicht zu“).

Item 9: Ich halte das gerade besuchte Fach meines Studiums für wichtig.

$N = 911$; $M = 1,56$; $SD = ,74$

Das besuchte Fach erachteten 89,7 % der befragten Studierenden für wichtig („ich stimme voll zu“ und „stimme zu“). 1,9 % äußerten sich negativ („ich stimme nicht zu“ und „ich stimme gar nicht zu“) und 8,3 % blieben bezüglich dieser Aussage neutral.

In der Abbildung 4 werden die Ergebnisse der generierten Variablen, Item 10, 11 und 12, der Studierenden-Fragebogen dargestellt und im Anschluss beschrieben.

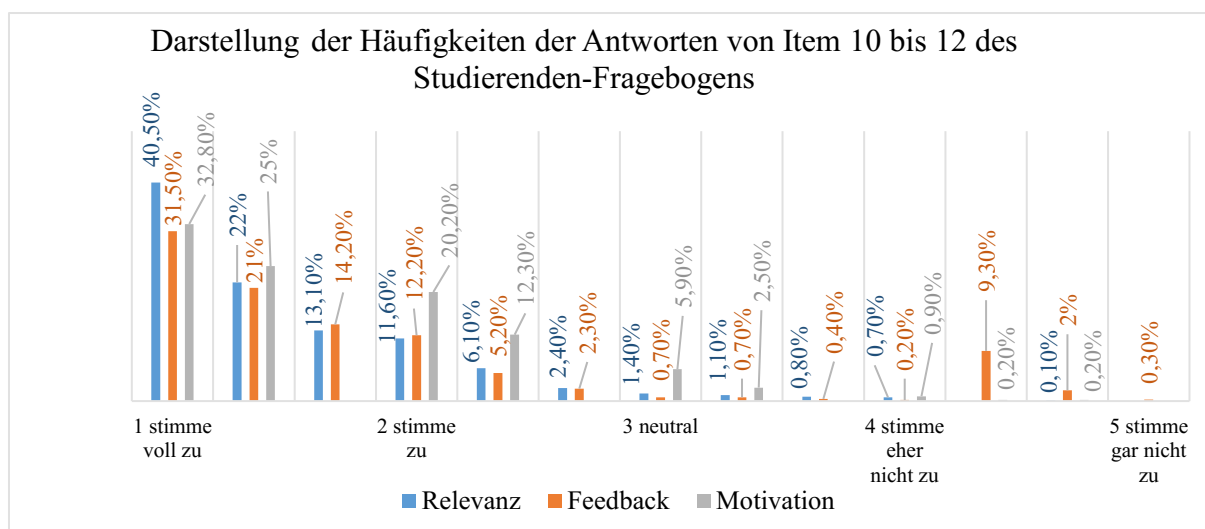


Abbildung 4: Darstellung der Häufigkeiten der Antworten von Item 10 bis 12 des Studierenden-Fragebogens

Item 10: Bewertung Relevanz der Übungen mit Simulationspatienten

$N = 914$; $M = 1,50$; $SD = ,61$

62 % der befragten Studierenden empfanden die Lehrveranstaltungen mit Simulationspatienten als sehr relevant und 30,9 % als relevant. Für 4,9 % der Studierenden sind die Seminare mit Simulationspatienten mäßig relevant und für 1,6 % irrelevant.

Item 11: Bewertung des erhaltenen Feedbacks in den Lehrveranstaltungen mit Simulationspatienten

$N = 908$; $M = 1,84$; $SD = 1,06$

Das Feedback wurde von 52,5 % der befragten Studierenden als sehr gut und von 31,6 % als gut bewertet. 3,7 % der Studierenden fanden das Feedback mäßig, 9,9 % nicht gut und 2,3 % gar nicht gut.

Item 12: Einschätzung der eigenen Motivation von Studierenden für weitere Übungen mit Simulationspatienten

$N = 905$; $M = 1,73$; $SD = ,73$

Die Motivation für die Möglichkeit, weitere Übungen mit Simulationspatienten durchzuführen, erwies sich bei 32,8 % der befragten Studierenden als sehr hoch und bei 45,2 % als hoch. 18,2 % gaben eine mittlere Motivationsstufe an, 3,4 % sind wenig motiviert und 0,4 % zeigen hinsichtlich weiterer Übungen keine Motivation.

4.2 Ergebnisse Inferenzstatistik und Hypothesenprüfung

Im Folgenden werden die aufgestellten Forschungshypothesen ausgewertet. Hierzu werden deskriptivstatistische Auswertungsmethoden und statistische Analyseverfahren miteinander verknüpft und in Ergänzung genutzt.

Hypothese₁: *Es ist zu erwarten, dass männliche Studierende bezüglich der Relevanz die Lehrveranstaltungen mit Simulationspatienten an der UMR im Vergleich zu weiblichen Studierenden unterschiedlich beurteilen.*

In Abbildung 5 ist sichtbar, dass weibliche Studierende ($n = 561$) die Relevanz der Lehrveranstaltungen nahezu identisch bewerteten ($M = 1,48$; $SD = ,61$; $m = 1,33$) wie männliche ($n = 325$) Studierende ($M = 1,50$; $SD = ,60$; $m = 1,33$). Der Unterschied ist nicht signifikant ($U = -,97$; $p = 0,33$). Die Effektstärke liegt bei $r = -0,02$ und entspricht keinem Effekt. Somit kann die Hypothese₁ nicht bestätigt werden.

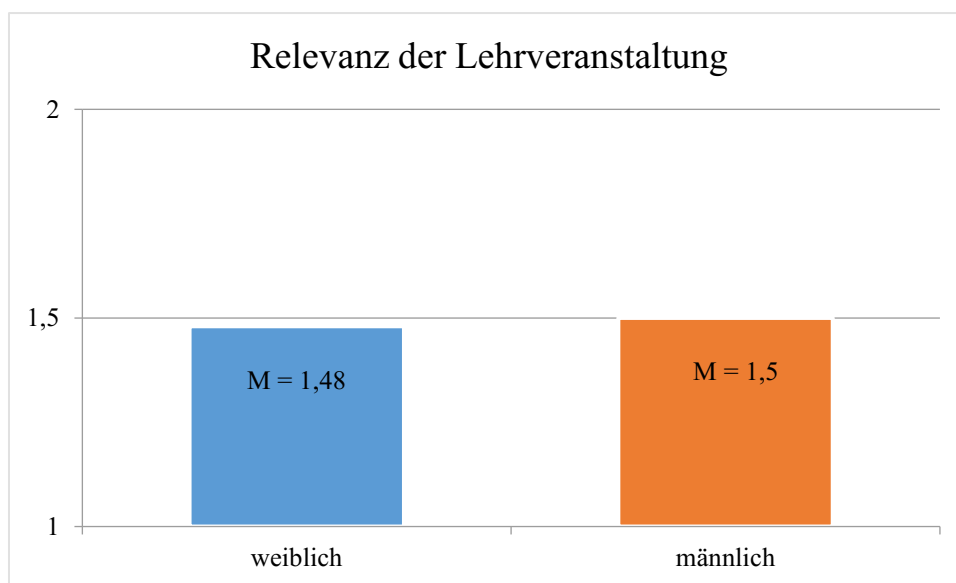


Abbildung 5: Darstellung Relevanz der Lehrveranstaltungen bezüglich der Geschlechterunterschiede

Hypothese₂: *Es ist zu erwarten, dass männliche Studierende bezüglich der erhaltenen Feedbacks die Lehrveranstaltungen mit Simulationspatienten an der UMR im Vergleich zu weiblichen Studierenden unterschiedlich beurteilen.*

In Abbildung 6 ist sichtbar, dass weibliche ($n = 556$) Studierende die erhaltenen Feedbacks positiver beurteilten ($M = 1,77$; $SD = 1,05$; $m = 1,33$) als männliche ($n = 325$) Studierende ($M = 1,88$; $SD = 1,02$; $m = 1,66$). Nach Mann-Whitney-U konnte ein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden ($U = -3,09$; $p = 0,02$), während nach der Bonferroni-Korrektur sich diese Signifikanz nicht bestätigen ließ. Die Effektstärke liegt bei $r = -0,11$ und entspricht keinem Effekt. Die Hypothese₂ kann somit teilweise bestätigt werden.

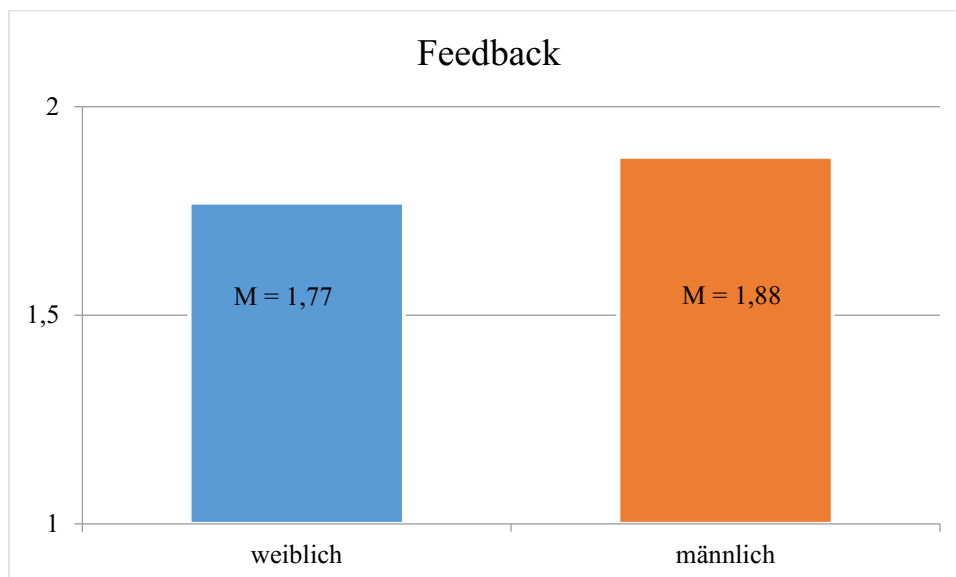


Abbildung 6: Darstellung des erhaltenen Feedbacks der Lehrveranstaltungen bezüglich der Geschlechterunterschiede

Hypothese₃: *Es ist zu erwarten, dass männliche Studierende bezüglich der eigenen Motivation die Lehrveranstaltungen mit Simulationspatienten an der UMR im Vergleich zu weiblichen Studierenden unterschiedlich beurteilen.*

Abbildung 7 zeigt, dass in der Gruppe von weiblichen ($n = 558$) Studierenden die eigene Motivation ähnlich ($M = 1,71$; $SD = ,72$; $m = 1,50$) beurteilt wurde, wie bei männlichen ($n = 325$) Studierenden ($M = 1,77$; $SD = ,74$; $m = 1,50$). Es konnten keine signifikanten Unterschiede der Gruppen nachgewiesen werden ($U = -1,27$; $p = 0,20$). Die Effektstärke liegt bei $r = -0,08$ und entspricht keinem Effekt. Die Hypothese₃ ist somit nicht zu bestätigen.

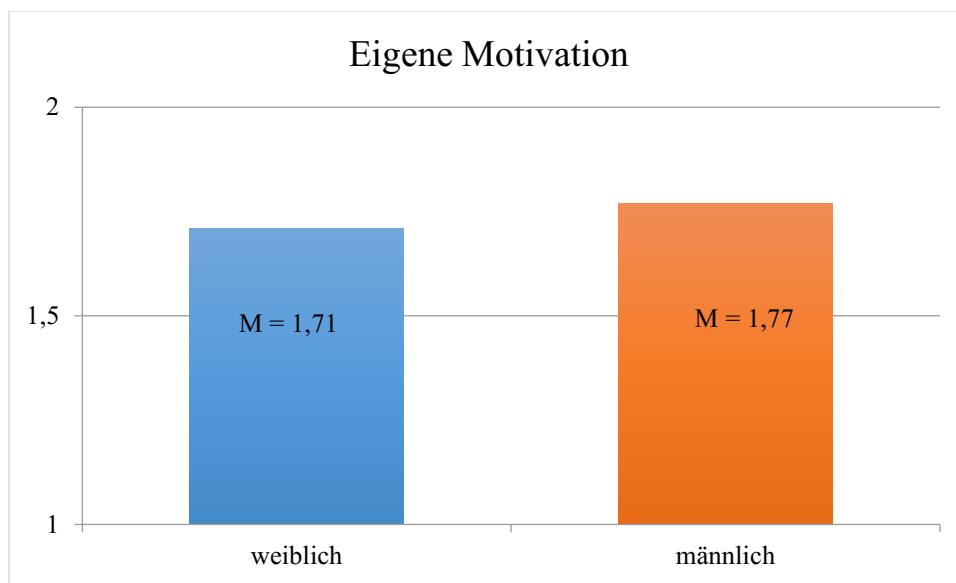


Abbildung 7: Darstellung der eigenen Motivation in der Lehrveranstaltungen bezüglich der Geschlechterunterschiede

Hypothese4: *Es ist zu erwarten, dass männliche Studierende bezüglich des Selbstvertrauens die Lehrveranstaltungen mit Simulationspatienten an der UMR im Vergleich zu weiblichen Studierenden unterschiedlich beurteilen.*

Abbildung 8 zeigt, dass männliche ($n = 327$) Studierende das eigene Selbstvertrauen bezüglich der Lehrveranstaltungen nahezu identisch beurteilten ($M = 2,21$; $SD = ,95$; $m = 2,00$) wie weibliche ($n = 546$) Studierende ($M = 2,23$; $SD = ,94$; $m = 2,00$). Ein signifikanter Unterschied konnte nicht nachgewiesen werden ($U = -,26$; $p = 0,79$). Die Effektstärke liegt bei $r = -0.02$ und entspricht keinem Effekt. Die Hypothese4 kann somit nicht bestätigt werden.

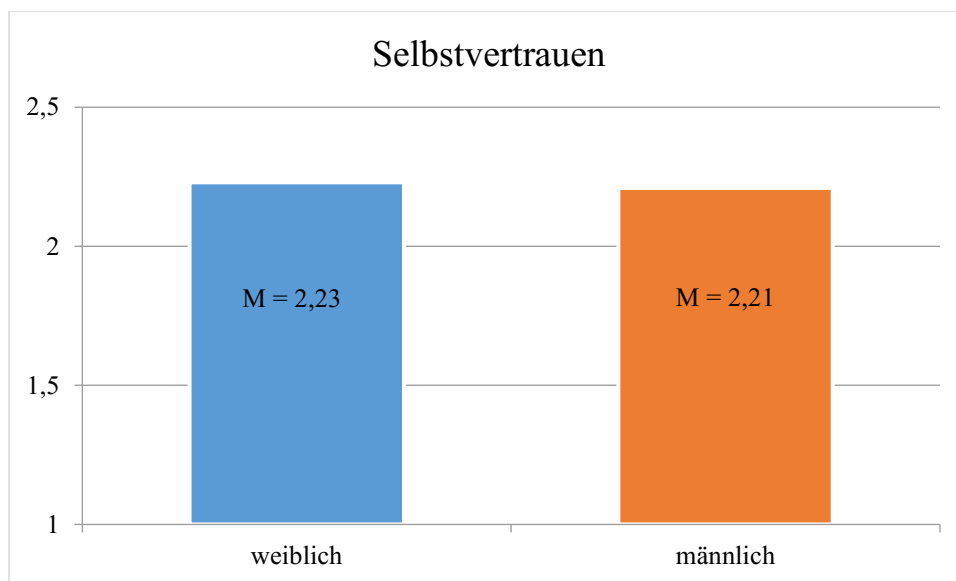


Abbildung 8: Darstellung des Selbstvertrauens in den Lehrveranstaltungen bezüglich der Geschlechterunterschiede

Hypothesen: *Es ist zu erwarten, dass jüngere Studierende bezüglich der Relevanz, der erhaltenen Feedbacks, der eigenen Motivation und des Selbstvertrauens die Lehrveranstaltungen an der UMR unterschiedlich beurteilen als ältere.*

Die Abbildung 9 wird folgende Ergebnisse in Bezug auf die Altersunterschiede visualisieren. Bezüglich der Relevanz der Lehrveranstaltungen gaben Studierende, die jünger sind als 25 Jahre ($n = 428$), die gleiche ($M = 1,49$; $SD = ,61$; $m = 1,33$) Bewertung wie Studierende, die älter sind als 24 Jahre ($n = 365$), ($M = 1,49$; $SD = ,61$; $m = 1,33$). Ein signifikanter Unterschied konnte nicht nachgewiesen werden ($U = -,45$; $p = 0,65$). Die Effektstärke liegt bei $r = -0.01$ und entspricht keinem Effekt.

Bezüglich der erhaltenen Feedbacks gaben Studierende, die jünger sind als 25 Jahre ($n = 424$), eine schlechtere ($M = 1,88$; $SD = 1,09$; $m = 1,33$) Bewertung ab, als Studierende, die älter sind als 24 Jahre ($n = 366$), ($M = 1,73$; $SD = ,99$; $m = 1,33$). Ein signifikanter Unterschied

konnte nicht nachgewiesen werden ($U = -2,30$; $p = 0,21$). Die Effektstärke liegt bei $r = -0.14$ und entspricht keinem Effekt.

Die eigene Motivation wurde von den Studierenden, die jünger sind als 25 Jahre ($n = 427$) ähnlich ($M = 1,76$; $SD = ,75$; $m = 1,50$) bewertet wie die von den Studierenden, die älter sind als 24 Jahre ($n = 365$), ($M = 1,71$; $SD = ,71$; $m = 1,50$). Ein signifikanter Unterschied konnte nicht nachgewiesen werden ($U = -,80$; $p = 0,42$). Die Effektstärke liegt bei $r = -0.06$ und entspricht keinem Effekt.

Studierende, die jünger sind als 25 Jahre ($n = 419$), beurteilten das eigene Selbstvertrauen bezüglich der Lehrveranstaltungen ähnlich ($M = 2,25$; $SD = ,97$; $m = 2,00$) wie die Studierenden, die älter sind als 24 Jahre ($n = 363$), ($M = 2,22$; $SD = ,91$; $m = 2,00$). Ein signifikanter Unterschied konnte nicht nachgewiesen werden ($U = -,16$; $p = 0,87$). Die Effektstärke liegt bei $r = -0.03$ und entspricht keinem Effekt.

Somit kann die Hypothese₅ nicht bestätigt werden.

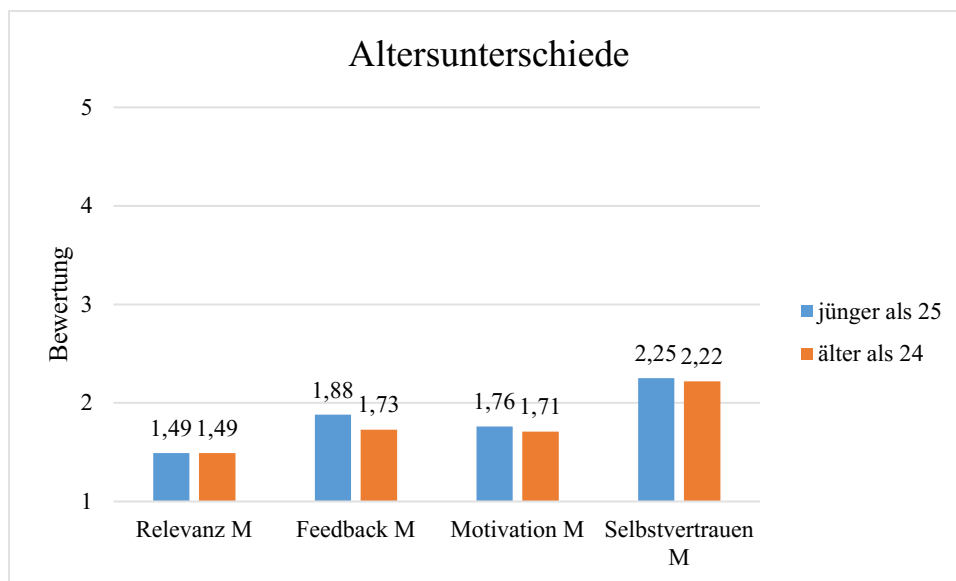


Abbildung 9: Darstellung der Ergebnisse bezüglich der Altersunterschiede

Hypothese₆: *Es ist zu erwarten, dass die ärztlichen Gesprächsübungen mit professionellen Schauspielern als Simulationspatienten realitätsnäher und die Rückmeldung von Seiten dieser Simulationspatienten positiver von den Studierenden bewertet werden, als es mit Laiendarstellern der Fall ist.*

Abbildung 10 zeigt, dass die befragten Studierenden die Gesprächsübungen mit professionellen Schauspielern ($n = 254$), ($M = 1,39$; $SD = ,66$; $m = 1,00$) realitätsnäher beurteilten als mit Laiendarstellern ($n = 666$) ($M = 1,69$; $SD = ,77$; $m = 2,00$). Die Gesprächsübungen mit professionellen Schauspielern und Laiendarstellern unterschieden sich signifikant in ihrer Realitätsnähe, wobei die Schauspieler eine höhere Realitätsnähe aufwiesen ($U = -5,88$; $p = 0,00$). Auch mit der Bonferroni-Korrektur ließ sich diese Signifikanz bestätigen. Die Effektstärke liegt bei $r = -0.42$ und entspricht einem kleinen Effekt.

Des Weiteren wird in Abbildung 9 sichtbar, dass die befragten Studierenden die Rückmeldungen der professionellen Schauspieler ($n = 254$) positiver ($M = 1,48$; $SD = ,67$; $m = 1,00$) beurteilten als die Rückmeldungen von Laiendarstellern ($n = 668$; $M = 2,23$; $SD = 1,82$; $m = 1,00$). Die Rückmeldungen von professionellen Schauspielern und Laiendarstellern unterscheiden sich signifikant in ihrer Bewertung, wobei die Rückmeldungen von den Schauspielern positiver bewertet wurden ($U = -4,24$; $p = 0,00$). Diese Signifikanz kann auch nach der Bonferroni-Korrektur bestätigt werden. Die Effektstärke liegt bei $r = -0.47$ und entspricht einem kleinen Effekt. Die Hypothese₆ wird somit bestätigt.

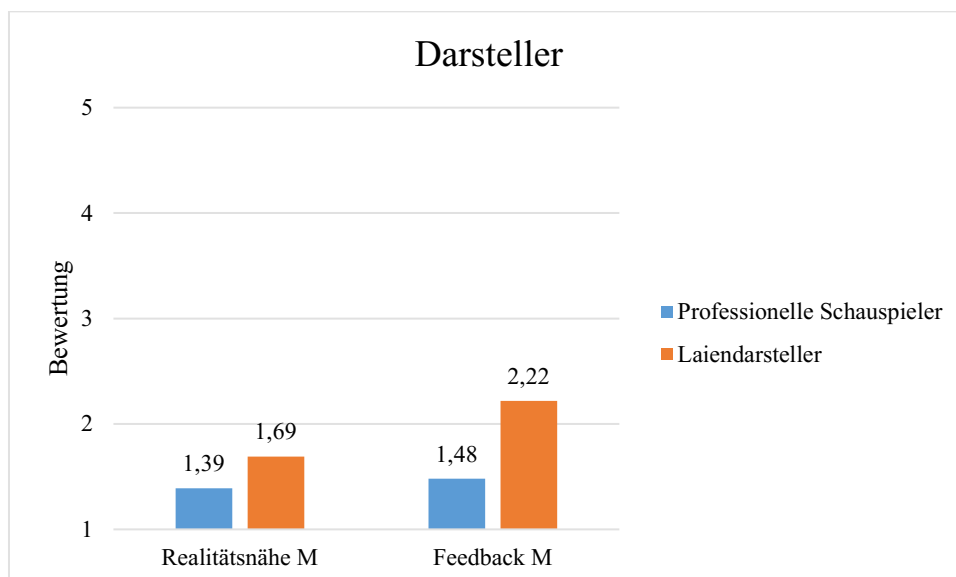


Abbildung 10: Darstellung der Bewertungen über die professionelle Schauspieler und Laiendarsteller

4.3 Deskriptive Ergebnisse der offenen Fragen

4.3.1 Deskriptive Ergebnisse der offenen Fragen aus dem Dozenten-Fragebogen

Die offenen Items des Dozenten-Fragebogens wurden mit dem dazu erstellten Kategoriensystem ausgewertet und die Ergebnisdarstellung erfolgt deskriptiv. Relevant sind für diese Untersuchung die absoluten Häufigkeiten. Auf eine Darstellung der Daten in Form von Diagrammen oder Tabellen wird an dieser Stelle aufgrund der geringen Anzahl der beantworteten Fragen verzichtet.

Die Auswertung erbrachte folgende Ergebnisse:

Oberkategorie: Positive Rückmeldungen, Unterkategorie: positives Feedback

$N = 3$

Insgesamt äußerten sich drei Lehrende positiv über das Feedback in den Lehrveranstaltungen. Es wurden sowohl das Feedback allgemein als auch das Feedback von der Seminargruppe sowie das Feedback des Simulationspatienten positiv erwähnt.

Oberkategorie: positive Rückmeldungen, Unterkategorie: positives Setting

$N = 3$

Drei Lehrpersonen gaben eine positive Rückmeldung zur positiven Stimmung im Seminar und zur kleinen Gruppengröße.

Oberkategorie: positive Rückmeldung, Unterkategorie: positive Übung

$N = 6$

Die Hälfte der Lehrpersonen traf keine schriftlichen Aussagen über die Übung mit Simulationspatienten. 2 Personen hoben die Einweisung in die Übung vom dem RoMeTz-Team positiv hervor. Die Items, „gute Übungssituation“, „gute Schauspieler“, „authentische Schauspieler“ und „authentische Schauspieler & gute Übungssituation“ wurden jeweils von einer Person positiv bewertet.

Oberkategorie: Konstruktive Kritik, Unterkategorie: Feedback

$N = 0$

Keiner der befragten Lehrenden gab konstruktive Kritik in Bezug auf das Feedback.

Oberkategorie: Konstruktive Kritik, Unterkategorie: Setting

$N = 3$

Die Items, „Raumqualität“, „Fallvariabilität“ und „Simulationspatient Variabilität“ wurden jeweils von einer Person erwähnt. Über die Hälfte der Dozenten äußerte keine Kritik bezüglich des Settings.

Oberkategorie: konstruktive Kritik, Unterkategorie: Übung

$N = 2$

Die Items „Qualitätsverlust durch Wiederholung der Fälle verhindern“ und „mehr Bezahlung für die Simulationspatienten“ werden jeweils von einer Person erwähnt. 10 Personen gaben keine Kritik bezüglich der Übungen.

4.3.2 Deskriptive Ergebnisse der offenen Fragen aus dem Studierenden-Fragebogen

Die offenen Items des Studierenden-Fragebogens wurden nach der qualitativen Inhaltsanalyse durch die Methode der deskriptiven Statistik ausgewertet. Relevant und im Folgenden dargestellt sind für diese Untersuchung die absoluten und kumulativen Häufigkeiten.

Die Auswertung erbrachte folgende Ergebnisse:

Oberkategorie: Positive Rückmeldungen, Unterkategorie: positives Feedback

$N = 159$

Abbildung 11 zeigt, dass 2 % der antwortenden Studierenden sich positiv über das Dozenten-Feedback äußerten, 0,2 % erwähnten die Gruppe positiv, 4,7 % hoben das Feedback von Seiten der Simulationspatienten positiv hervor. 9,6 % trafen allgemeine, positive Aussagen über das Feedback im Seminar. Mehrbenennungen machten 0,8 % der Studierenden.

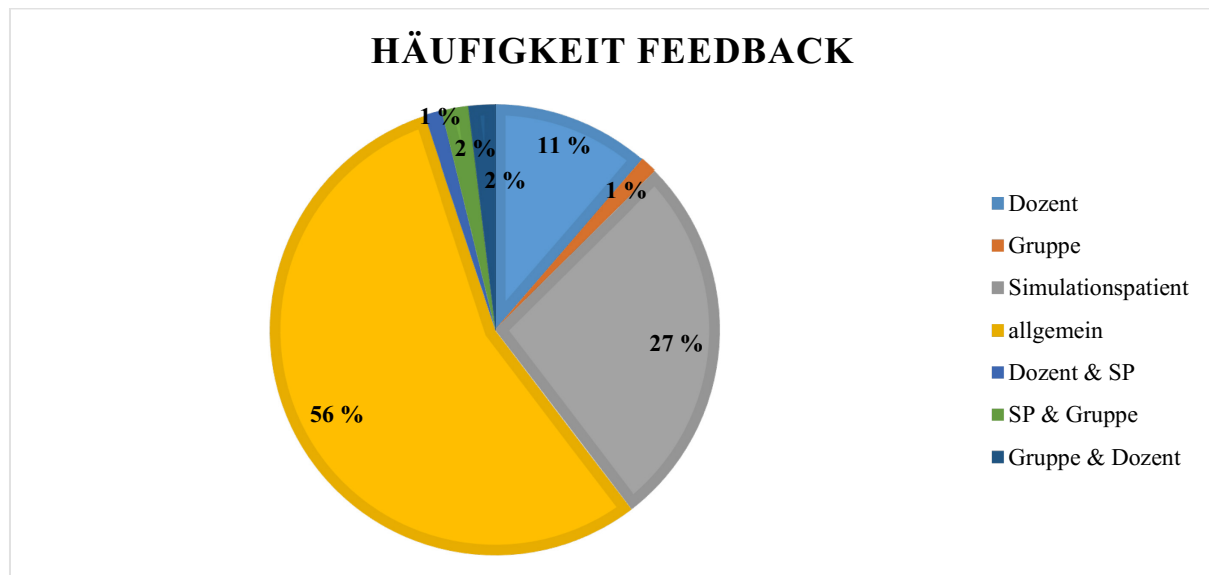


Abbildung 11: Darstellung der Häufigkeiten von positiven Feedbacks aus den offenen Fragen des Studierenden-Fragebogens

Oberkategorie: Positive Rückmeldungen, Unterkategorie: positives Setting

N = 227

Abbildung 12 zeigt, dass 34,4 % der antwortenden Studierenden die positive Stimmung im Seminar erwähnen, 19,4 % heben die kleine Gruppengröße und 11,9 % das angenehme Verhalten der Lehrperson hervor. Allgemeine Äußerungen gaben 21,1 % der antwortenden Studierenden. Mehrbenennungen wurden von 13,3 % getätigt, davon findet das Item „positive Stimmung & kleine Gruppen“ mit 6,2 % besondere Gewichtung.

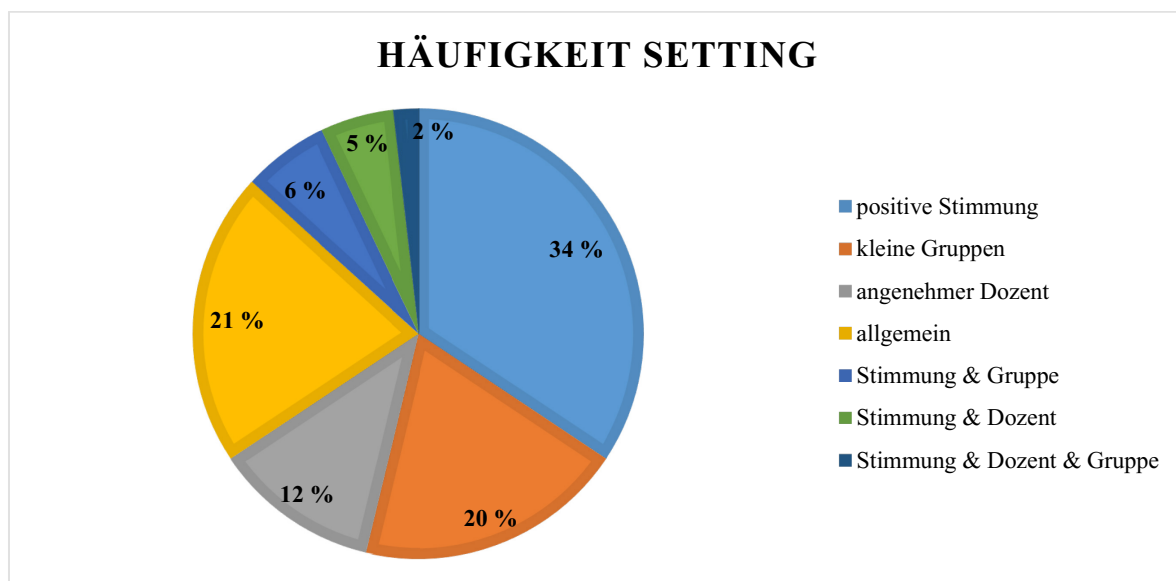


Abbildung 12: Darstellung der Häufigkeiten von positiven Aussagen zum Setting aus den offenen Fragen des Studierenden-Fragebogens

Oberkategorie: Positive Rückmeldungen, Unterkategorie: positive Übung

$N = 344$

In Abbildung 13 ist ersichtlich, dass 48 % der antwortenden Studierenden sich positiv über die Übungssituation äußerten. Die Items „gute Schauspieler“ (20,9 %) und „authentische Schauspieler“ (18,9 %) wurden häufig benannt. 9,3 % der antwortenden Studierenden gaben allgemeine Aussagen. Das Item „gute Übungssituation & gute Schauspieler“ wurde von 2,6 % benannt.

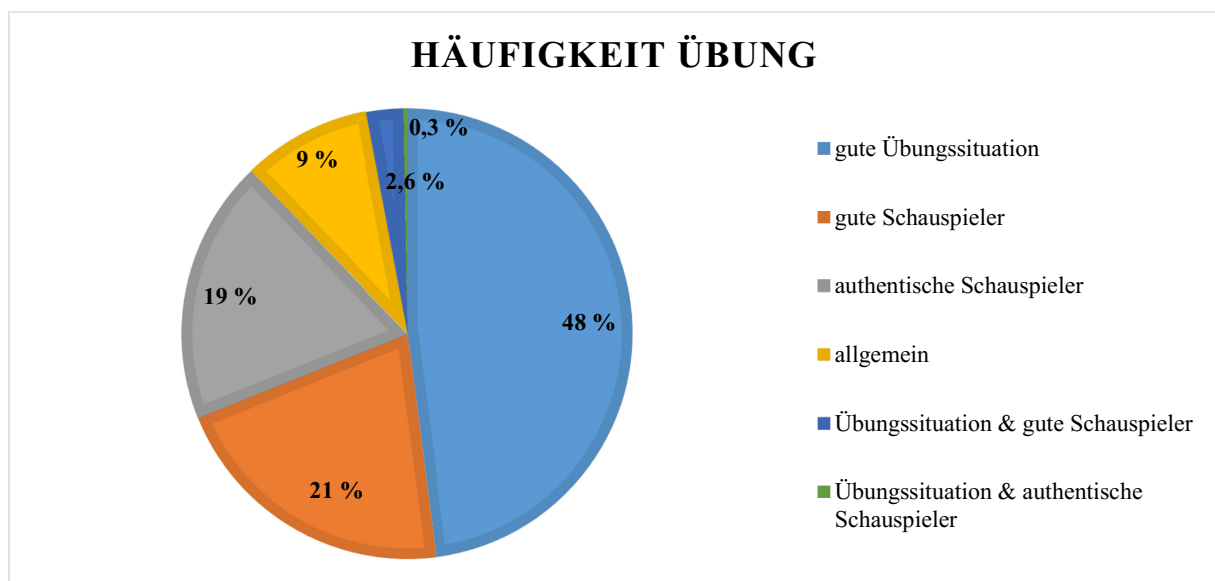


Abbildung 13: Darstellung der Häufigkeiten von positiven Aussagen zu den Übungen aus den offenen Fragen des Studierenden Fragebogens

Oberkategorie: Konstruktive Kritik, Unterkategorie: Feedback

$N = 10$

Abbildung 14 zeigt an, dass in Bezug auf das Feedback, nur 10 der befragten Studierenden eine konstruktive Kritik gaben, davon sind 60 % allgemeine Äußerungen. Die Items „Dozent“ und „Simulationspatient“ wurden jeweils von 2 Personen (jeweils 20 %) benannt.

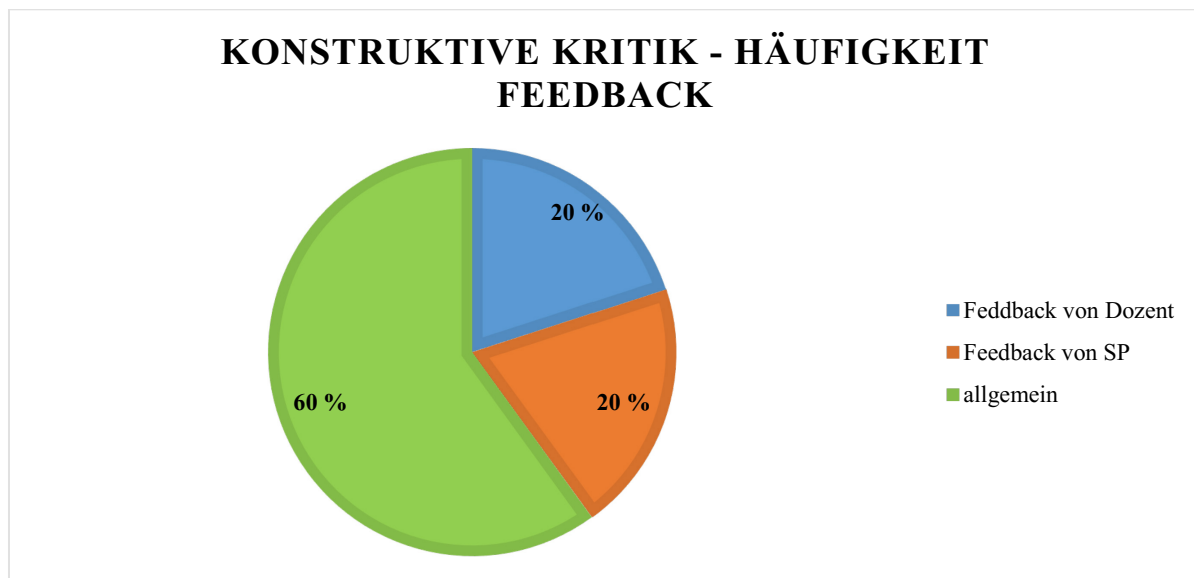


Abbildung 14: Darstellung der Häufigkeiten von konstruktiver Kritik bezüglich Feedback aus den offenen Fragen des Studierenden-Fragebogens

Oberkategorie: Konstruktive Kritik, Unterkategorie: Setting

$N = 101$

In Abbildung 15 ist ersichtlich, was die Studierenden bezüglich des Settings konstruktiv kritisierten. 7,9 % der antwortenden Studierenden bemängelten die Raumqualität, 49,5 % wünschten sich Fallvariabilität, 28,7 % wünschten häufigere Seminare mit Simulationspatienten. Nur 5 % der antwortenden Studierenden gaben an, dass sie keine Seminare mit Simulationspatienten benötigen. 7,9 % äußerten sich allgemein bezüglich des Settings und 1 % der Studierenden erwähnten die Kombination von Raumqualität und Fallvariabilität kritisch.

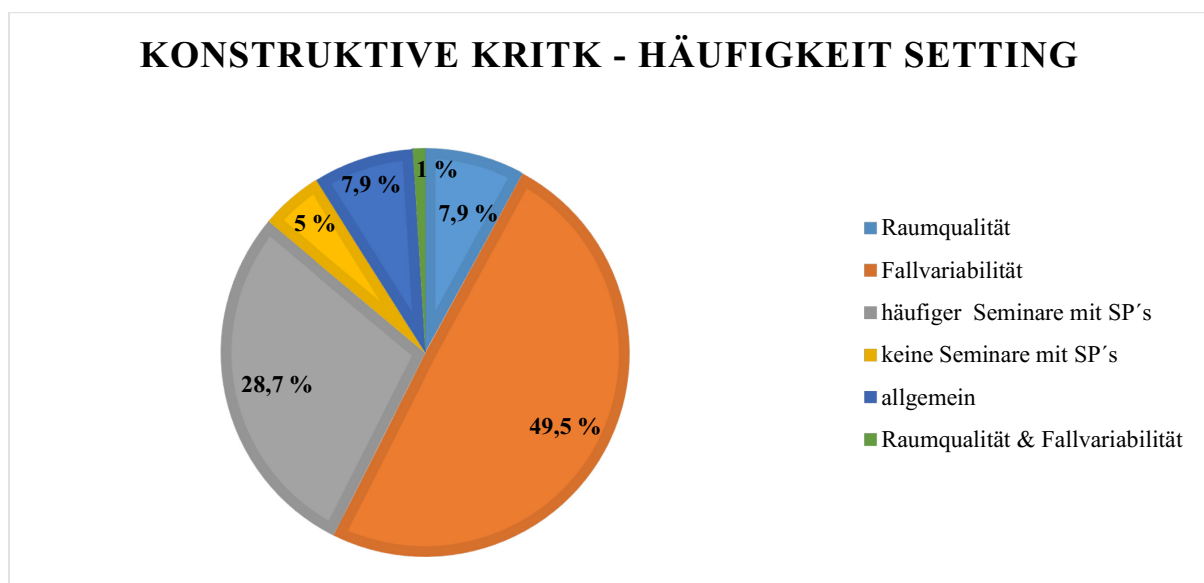


Abbildung 15: Darstellung der Häufigkeiten von konstruktiver Kritik bezüglich des Settings aus den offenen Fragen des Studierenden-Fragebogens

Oberkategorie: Konstruktive Kritik, Unterkategorie: Übung

$N = 159$

Abbildung 16 zeigt, dass 10,1 % der antwortenden Studierenden eine bessere Übungssituation sowie 6,9 % bessere Schauspieler und 1,3 % bessere, authentischere Requisiten wünschten. 47,2 % der antwortenden Studierenden gaben allgemeine Rückmeldungen über die Übung, wie „Übung ist nicht gut genug“ oder „ich habe durch die Übung nicht viel gelernt“, 18,2 % äußerten den Wunsch nach mehr Zeit und 8,8 % die Möglichkeit weiterer Gesprächsübungen für mehr oder für alle Studierenden. Die Kombination von „mehr Zeit & Möglichkeit für mehr Studierende“ wurde von 6,9 % der antwortenden Studierenden erwähnt.

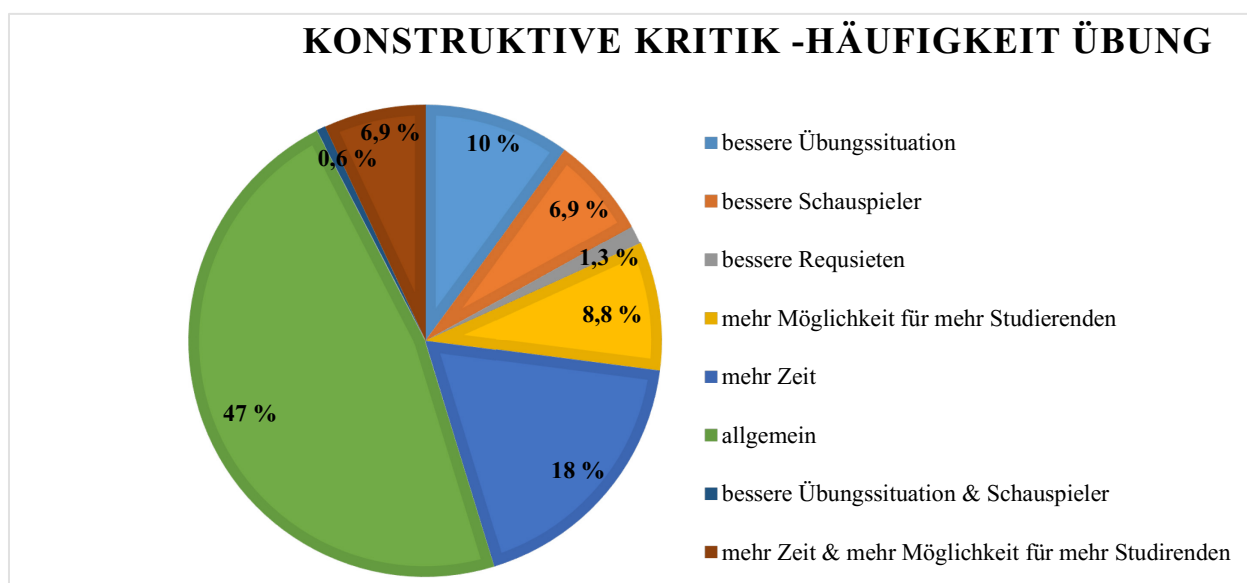


Abbildung 16: Darstellung der Häufigkeiten von konstruktiver Kritik bezüglich der Übung aus den offenen Fragen des Studierenden-Fragebogens

5 Interpretation und Diskussion

Im folgenden Abschnitt werden zunächst die Ergebnisse des Dozenten-Fragebogens und im nächsten Schritt die Ergebnisse des Studierenden-Fragebogens interpretiert. Mit der Interpretation der Ergebnisse der Inferenzstatistik und der Beantwortung der Forschungsfragen kann auch die zentrale Frage der Untersuchung beantwortet werden. Als Abschluss des Kapitels wird eine methodenkritische Reflektion der Studie durchgeführt.

5.1 Interpretation der Ergebnisse

5.1.1 Interpretation der Ergebnisse des Dozenten-Fragebogens

Die Bewertung der Lehrpersonen ist in allen untersuchten Themenbereichen überwiegend positiv bis sehr positiv. Alle Lehrpersonen haben die Einsätze mit Simulationspatienten als realitätsnah, praxisrelevant und sinnvoll empfunden.

Mit diesem Ergebnis war im Voraus zu rechnen, da alle der befragten Lehrpersonen selbstständig um eine Kooperation mit dem RoMeTz-Team bemüht waren, die Seminare mit Simulationspatienten selber konzipiert haben und die Fallvignetten mit dem RoMeTz-Team gemeinsam entwickelten. Somit hatten sie selbst einen großen Einfluss auf Qualität und Durchführung der Seminare. Diesbezüglich sind die Ergebnisse aus Item 7 interessant: „Bei der Vorbereitung und Durchführung des Seminars wurde durch das RoMeTz-Team professionell unterstützt“. Über die Hälfte der Lehrpersonen stimmten dieser Aussage positiv zu, drei Personen jedoch nicht. Es gab tatsächlich einen Fachbereich, in dem das RoMeTz-Team nicht die ganze Lehrerschaft vorbereitet hatte. Es lässt sich vermuten, dass die negative Bewertung von Dozenten aus diesem Fachbereich abgegeben wurde.

Auffallend sind auch die Ergebnisse von Item 8: „Dozenten, die im Seminar mit SP arbeiten, sollten eine Einweisung in die Arbeitsmethode erfahren, um den Studierenden konstruktive Rückmeldung geben zu können“. Die große Mehrheit der Lehrpersonen stimmte dieser Aussage zwar zu, doch konnten auch zwei der Dozenten diese Aussage nicht, beziehungsweise gar nicht bestätigen. Eine Erklärung könnte sein, dass diese Personen schon ausreichend Erfahrungen im Bereich des Trainings ärztlicher Gesprächsführung und Feedbackmethoden besitzen und somit nicht auf eine Einweisung von Seiten des RoMeTz-Teams angewiesen sind.

Lehrpersonen an der UMR wünschen sich mehrheitlich Unterstützung bei der Vorbereitung (Item 5) und Durchführung (Item 6) der Seminare, diese Leistung würden sie auch weiterhin vom RoMeTz-Team in Anspruch nehmen (Item 10). 83,3 % der befragten Lehrenden würden wieder mit dem Team zusammenarbeiten, zehn von zwölf Lehrpersonen bewerteten die

Zusammenarbeit mit dem RoMeTz-Team positiv (Item 11). Auch die Einsätze von Simulationspatienten werden von allen Lehrpersonen als sehr gut bewertet (Item 12).

Diese Ergebnisse zeigen, dass die Lehrpersonen der UMR und das RoMeTz-Team seit dem Sommersemester 2014 eine erfolgreiche Kooperation aufgebaut haben.

Die offenen Fragen wurden nur von wenigen Dozenten ergänzt. Diese Lehrpersonen äußerten sich positiv über das Feedback, über die positive Stimmung und die kleine Gruppengröße in den Seminaren. Inwieweit diese Faktoren sich gegenseitig beeinflussen, sollte in weiteren Untersuchungen überprüft werden.

Des Weiteren bewerteten die Lehrpersonen die Darsteller authentisch und gut, so wie auch die Übungssituation, welche positiv hervorgehoben wurde.

Konstruktive Kritik wurde von insgesamt fünf Lehrpersonen geäußert. Die Wünsche nach mehr Fallvignetten, nach wechselnden Simulationspatienten und nach einer besseren Raumqualität sind auch mit den finanziellen und personellen Gegebenheiten der UMR verbunden. Mit der Erfahrung der teilnehmenden Lehrpersonen wächst auch der Anspruch an die Qualität und der Wunsch nach günstigen Voraussetzungen für gute Kommunikationsübungen. Es zeigt sich somit, dass die Seminare mit Simulationspatienten an der UMR in den letzten Jahren erfolgreich etabliert werden konnten und von den Dozenten erfolgreich angenommen wurde.

5.1.2 Interpretation der Ergebnisse des Studierenden-Fragebogens

Die Ergebnisse des Studierenden-Fragebogens zeigen eine hohe Zufriedenheit von Seiten der Studierenden in Bezug auf die Übungen mit Simulationspatienten in der Lehre an der UMR.

Eine Normalverteilung der Einschätzung konnte statistisch nicht nachgewiesen werden. Bei der visuellen Betrachtung der Ergebnisse war zu erkennen, dass bei allen Items die Kurven der Normalverteilung nach links verschoben waren, was daran liegt, dass die meisten Studierenden in der Likert-Skala die „1 – ich stimme voll zu“ oder die „2 – ich stimme zu“ angekreuzt haben. Das zeigt, dass die Übungen von der klaren Mehrheit der Studierenden als praxisrelevant, realitätsnah und sinnvoll bewertet wurden. Dass eine kleine Gruppe oder einzelne Personen die Übungen nicht positiv bewerteten, könnte von persönlichen Faktoren abhängig sein. Es gibt Menschen, die große Hemmungen bezüglich des Rollenspiels haben und sich in solchen Situationen nicht wohl fühlen. Hier können auch eine geringere Gruppengröße und ein geschützter Rahmen nicht hilfreich sein. Deswegen ist es die Aufgabe der Seminarleitung, auch diese Personen zu stärken und zu unterstützen. Diese Erfahrung dürfte im späteren Beruf als Arzt sehr hilfreich sein.

Die Rückmeldungen von allen Seiten (Lehrperson, Gruppe, SP) wurden von den Studierenden sowohl in den geschlossenen Fragen wie auch in den offenen Fragen sehr positiv bis positiv beurteilt.

Nur einzelne Personen (weniger als 2 %) beurteilten das Feedback negativ. Die negative Kritik wurde leider nicht näher erläutert. So ist davon auszugehen, dass diese Unzufriedenheit von persönlichem Geschmack, Kritikfähigkeit oder Erwartungen dieser Personen abhängig sein kann.

Aus den Ergebnissen der geschlossenen Fragen ist klar abzulesen, dass nur eine kleine Gruppe von Studierenden in den Übungen mit Simulationspatienten keine Relevanz (1,6 %) erkennen konnten, das Feedback nicht gut fanden (2,3 %) und nicht motiviert waren (0,4 %) für weitere solcher Übungen. Von der Anzahl her sind es nur wenig unzufriedene Studierende, sodass eine weitere Untersuchung nach einer Ursache der Unzufriedenheit nicht sinnvoll erscheint.

Konstruktive Kritik gaben leider nur wenige der befragten Studierenden. Trotzdem ist es auffällig, dass auch die Studierenden (wie die Lehrpersonen) die Raumqualität bemängeln. Die UMR hat zurzeit keine geeigneten Räumlichkeiten für das Üben ärztlicher Gesprächssituationen unter realen Bedingungen. Räumlichkeiten in der Menge, Größe und technischen Ausstattung wie an anderen Universitäten, wird die UMR in der nächsten Zukunft nicht aufzeigen können. Umso wichtiger ist es, gute Darsteller in den Simulationen einzusetzen und dadurch trotz Raumproblemen realistischere Situationen zu schaffen.

Auch die Studierenden wünschen mehr Fallvariabilität. Zwar haben die Fachbereiche und das RoMeTz-Team in den letzten Jahren viele Fallvignetten entwickelt, trotzdem kommt es vor, dass in den Seminaren öfter der gleiche Fall durchgespielt wird. Für einige Teilnehmer ist es ein Problem, andere finden es lehrreich, den gleichen Fall öfter zu erleben, mit anderen Darstellern oder mit anderer Intensität. Auf diese Weise ist zu erkennen, dass Gespräche unter den gleichen Bedingungen anders verlaufen können. Wenn zum Beispiel der Simulationspatient unterschiedliche Haltungen in den unterschiedlichen Gesprächen einnimmt, bekommt die Kommunikation zwischen den Gesprächsteilnehmern eine andere Dynamik und sie entwickelt sich anders. In solchen Fällen ist eine Reflektion unerlässlich und sehr lehrreich. Trotzdem würden mehr Fallvignetten in der Lehre mehr Variationsmöglichkeiten bieten und auch mehr Motivation für die Studierendenschaft, neue Situationen auszuprobieren.

Während der Datenerhebung gab es in den Lehrveranstaltungen nicht für alle Studierenden die Möglichkeit, eine Gesprächsübung durchzuführen. Die Studierenden durften auf

freiwilliger Basis entscheiden, ob sie die Übung als aktive Teilnehmer durchführen oder das Gespräch beobachten und danach Rückmeldung geben wollen. In den meisten Lehrveranstaltungen war nur für maximal drei Gespräche Zeit, in diesen Fällen hatten also insgesamt drei Studierende die Möglichkeit, sich in der Ärztlichen Gesprächsführung zu üben. Die Mehrheit der Studierenden an der UMR lernt die Ärztliche Gesprächsführung deswegen durch Beobachtung. An der Universitätsmedizin Münster oder Köln muss während des Studiums jeder der Studenten mehrere Gespräche durchführen. Der Wunsch der Rostocker Studierendenschaft nach mehr Zeit und nach mehr Möglichkeiten zum Üben sowie nach häufigeren Seminaren mit Simulationspatienten, ist mehr als gerechtfertigt.

So wie die Lehrpersonen haben auch viele der Studierenden als positiv beschrieben, dass die Gruppen in den Seminaren mit Simulationspatienten klein sind. Des Weiteren haben die Studierenden die gute Lernatmosphäre wie auch die gute Stimmung als besonders angenehm hervorgehoben und nicht zuletzt, dass die Dozenten sehr angenehm mit den Teilnehmern arbeiten. Auch in der Beurteilung der Darsteller gibt es Ähnlichkeiten zwischen Studierenden und Lehrpersonen, die Darsteller werden auch von den Studierenden als authentisch und gut beschrieben.

Fazit ist, dass die Studierenden die Lehrveranstaltungen mit Simulationspatienten sehr positiv beurteilten. Die überwiegend konstruktive Kritik ist anregend und gerechtfertigt. Es ist festzuhalten, dass die Rostocker Medizinstudenten mehr üben wollen und mehr Fallvignetten wünschen. Die UMR und das RoMeTz-Team haben in den letzten Jahren erreicht, dass die Seminare mit Simulationspatienten auch aus der Sicht der Studierenden als wichtig und notwendig eingeschätzt werden.

5.1.3 Interpretation der Ergebnisse der Inferenzstatistik

Frauen und Männer kommunizieren unterschiedlich, das hat auch schon Schulz von Thun in seiner Arbeit aufgezeigt (2003). Demnach war es in dieser Studie zu erwarten, dass männliche und weibliche Studierende die Seminare an der UMR mit dem Fokus ärztlicher Gesprächsübung unterschiedlich bewerten werden.

Die Relevanz der Lehrveranstaltungen mit Simulationspatienten wurde von weiblichen und männlichen Studierenden zwar unterschiedlich bewertet, dieser Unterschied ist jedoch so minimal, dass es keine Bedeutung hat.

Die Bewertung bezüglich des erhaltenen Feedbacks zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen auf. Weibliche Studierende bewerteten die Rückmeldungen in den Lehrveranstaltungen positiver als Männer. Dieser Unterschied ist gering, somit kann eine

Behauptung, wie „weibliche Studierende können besser mit Feedback umgehen“ keinen Sinn ergeben, da beide Gruppen das Feedback überwiegend als positiv bewerteten.

Die Hypothesen, dass die Beurteilung der eigenen Motivation und dass das Selbstvertrauen geschlechtstypische Unterschiede aufweisen würden, kann nicht bestätigt werden.

Es konnten keine alterstypischen Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Studierenden bezüglich Relevanz, Feedback, Motivation und Selbstvertrauen nachgewiesen werden.

In dieser Studie konnten keine bedeutenden geschlechtstypischen wie auch keine bedeutenden alterstypischen Unterschiede nachgewiesen werden. Demzufolge lässt sich behaupten, dass Studierende der UMR, unabhängig von Geschlecht und Alter, die Seminare mit Simulationspatienten relevant, das Feedback, die eigene Motivation und das Selbstvertrauen als positiv empfinden. Diese große Zufriedenheit ist mit Sicherheit auf die erfolgreiche Arbeit der UMR im Rostocker Mediziner Trainingszentrum zurückzuführen. Es zeigt sich, dass ein interdisziplinäres Team in enger Zusammenarbeit realitätsnahe Fallvignetten entwickeln und authentische Darsteller trainieren kann und diese stellen, neben der Organisation, die Hauptsäule einer gelungenen Gesprächsübung dar.

In den Simulationsübungen an der UMR werden neben Laiendarstellern auch professionelle Schauspieler eingesetzt. Da professionelle Schauspieler eine bessere Bezahlung als Laiendarsteller bekommen, ist es aus finanzieller Sicht von Bedeutung, ob sich dieser Mehraufwand lohnt. Es konnte nachgewiesen werden, dass die Einsätze von professionellen Schauspielern realitätsnäher bewertet wurden als von Laiendarstellern. Auch das Feedbackgeben von Seiten der Simulationspatienten wurde von den befragten Studierenden in den Lehrveranstaltungen mit professionellen Schauspielern deutlich besser bewertet als mit Laiendarstellern. Studierte Schauspieler haben einen professionellen Zugang zu den gespielten Rollen. Neben dem intensiven Einfühlen sind sie in der Lage, im szenischen Spiel die Kontrolle zu behalten und die Situation in die gewünschte Richtung zu leiten. Sie können die Spielsituation sowohl von innen als auch von außen beobachten, sogar beeinflussen und nach dem Spiel reflektieren. Die Improvisationsfähigkeit ist sicher vorhanden, somit können professionelle Schauspieler auch in unerwarteten Situationen authentisch und der gegebenen Situation entsprechend reagieren und nicht aus der Rolle fallen. Viele Fallvignetten beinhalten auch das Thema „schlechte Nachricht überbringen“, wie auch „Sterben und Tod“. Das Risiko ist dabei zu groß, dass Laiendarsteller in diesen Situationen schwieriger aus der Rolle steigen können als professionelle Schauspieler und somit psychisch belastet werden. Zwar ist der finanzielle Aufwand größer, gleichwohl ist der Einsatz von professionellen Schauspielern für bestimmte Fallvignetten aus den oben benannten Gründen unerlässlich.

An dieser Stelle lässt sich die zentrale Frage nach der Gesamtbewertung der Übungen mit dem Thema „Ärztliche Gesprächsführung“ von Seiten der Lehrenden und Studierenden wie folgt beantworten: die Lehrveranstaltungen mit Einsatz von Simulationspatienten wurden sowohl von den befragten Lehrenden wie auch von den befragten Studierenden in allen Fragen mehrheitlich, unabhängig von Geschlecht und Alter, als sehr positiv bewertet.

5.2 Methodenkritische Reflektion

An der Universitätsmedizin Rostock gab es vor dieser Studie keine Untersuchung über den Einsatz von Simulationspatienten in der Lehre. Die gewonnenen Ergebnisse sind deswegen für die UMR von Bedeutung. Obwohl die Stichprobe der Studierenden von der Größe her repräsentativ ist, sind allgemeine Aussagen für andere humanmedizinische Einrichtungen nur begrenzt möglich, da Seminare und Lehrpersonen nicht vergleichbar sind.

Die Datenerhebung fand in den meisten Fachbereichen in den Seminaren unmittelbar vor Ende der Lehrveranstaltung mittels eines Evaluationsbogens statt. Somit konnte eine hohe Rücklaufquote der Studierenden-Fragebögen sichergestellt werden. Es ist nicht auszuschließen, dass Freitextfragen des Fragebogens aufgrund des Zeitdrucks oder des Wunsches nach Pause nur von einer Minderheit der Studierenden beantwortet wurden. Des Weiteren muss damit gerechnet werden, dass Antworten in Form von freien Texten oft „aus Angst vor Rechtschreibfehlern oder stilistischen Mängeln“ (Bortz & Döring, 2006, S. 254) oder wegen unleserlichen Handschrift (ebd.) nicht, beziehungsweise nur kurz und unvollständig beantwortet wurden. Fragebögen geben immer nur Auskunft über die subjektive Wahrnehmung der Befragten. Trotz Anonymität ist die Wahrscheinlichkeit von Selbstbeurteilungsfehlern hoch und die Antworten können von der sozialen Erwünschtheit beeinflusst sein. Auch das fehlerhafte Ausfüllen der Evaluationsbögen kann nicht ausgeschlossen werden.

Ein weiterer Mangel an den Fragebögen ist, dass bei der Entwicklung die spezifischen Theorien (wie Bindungstheorie und Kommunikationstheorien) zur Arzt-Patient-Beziehung nicht ausreichend miteinbezogen wurden. Als Folge kann ein Wissenszugewinn im Bereich der Ärztlichen Gesprächsführung von den Studierenden durch diese Fragebögen nicht erfasst werden. Das zeigt sich auch deutlich bei den offenen Fragen – die Studierenden geben überwiegend allgemeine Aussagen über die Übung mit Simulationspatienten an, aber keine spezifischen Angaben über Arzt-Patient-Beziehung oder Ärztliche Gesprächsführung.

Die Seminare mit Simulationspatienten werden an der UMR in den kommenden Semestern weiterhin durchgeführt und evaluiert. Für die Zukunft sollten nach der kritischen Betrachtung des Studenten-Fragebogens folgende Verbesserungsvorschläge in Betracht gezogen werden:

- Die befragten Personen generieren ihren eigenen Code mit Hilfe der Vorgaben im Fragebogen, um ihre Anonymität bewahren zu können. Diese Code-Generierung sollte optimiert werden. Die ersten zwei Ziffern des Codes sollten statt der ersten zwei Ziffern aus dem eigenen Geburtsjahr des Befragten die letzten zwei Ziffern des Geburtsjahres der Mutter des Befragten sein.
- Die Freitextfragen sollten nicht am Ende, sondern gleich am Anfang des Fragebogens stehen.
- Es sollten konkrete Fragen zur Ärztlichen Gesprächsführung formuliert werden, damit ein Wissenszuwachs erfasst werden kann. Diese müssten bindungstheoretische Aspekte implizieren.
- Die Befragten sollten angeben, ob sie das Gespräch mit dem Simulationspatienten selber geführt oder als Beobachter im Seminar teilgenommen haben.
- Die Gruppengröße sollte konkret angegeben werden.
- Die Anzahl der im Studium selbst durchgeführten Simulationsgespräche sollte angegeben werden.

Der Dozenten-Fragbogen sollte trotz der Wahrung der Anonymität so bearbeitet werden, dass Fachrichtung und Geschlecht der Lehrpersonen nicht anonymisiert werden. Ohne diese Informationen sind die Auswertungsmöglichkeiten der gewonnenen Daten eingeschränkt.

Für den weiteren Gebrauch der Fragebögen ist die Validierung der Kategoriensysteme von Nöten.

In dieser Studie konnten keine relevanten Geschlechts- und Altersunterschiede festgestellt werden. Es empfiehlt sich für weitere Untersuchungen, dass auch soziodemografische Daten der Probanden erfasst werden sowie eine Selbsteinschätzung der eigenen Kommunikationskompetenzen und Empathiefähigkeit.

Eine Stärke der Studie ist, dass eine Person für die Studienleitung die Verantwortung übernahm und die Evaluation der Lehrveranstaltungen mit Simulationspatienten durchführte. Diese Person war in jeder Arbeitsphase, von der Entwicklung über die Durchführung bis hin zur Auswertung und Evaluation der entwickelten Seminare tätig, sowohl als Organisator und Berater als auch als Partner zum Teamteaching oder als Simulationspatient. So konnte abgesichert werden, dass die gewonnenen Daten nicht verloren gehen, dass die Qualität der

Lehrveranstaltungen vergleichbar ist und dass die Evaluation in allen Fachbereichen durchgeführt worden ist.

6 Zusammenfassung und Ausblick

Die verschiedenen Fachbereiche der Universitätsmedizin Rostock und das Rostocker Mediziner Trainingszentrum kooperieren seit 2013 miteinander. Ziel der vorliegenden Arbeit war es zu untersuchen, wie die gemeinsam entwickelten Seminare zum Thema „Ärztliche Gesprächsführung“ an der UMR von den Studierenden und deren Dozenten bewertet wurden. Die Studie umfasst die Evaluationsergebnisse aus einem Zeitraum von drei Jahren und von 19 unterschiedlichen Kohorten. Die Ergebnisse der Untersuchung konnten eine hohe Zufriedenheit von Seiten der Dozenten wie auch der Studierendenschaft nachweisen.

Aus wenig finanziellen Mitteln, ohne passende Räumlichkeiten, aber mit engagierten Lehrpersonen und guten Darstellern konnten die Seminare in dieser kurzen Zeit in neun verschiedenen Fachbereichen der UMR durchgeführt und in sieben Fachbereichen fest etabliert werden. Studierende und Lehrpersonen sind von der Praxisrelevanz und Sinnhaftigkeit einer solchen Lehrveranstaltung überzeugt worden.

Nach der Interpretation der Ergebnisse können abschließend folgende Thesen formuliert werden:

1. Studierende der Universität Rostock bewerten die Lehrveranstaltungen mit Simulationspatienten bezüglich der Relevanz, der eigenen Motivation und des Selbstvertrauens, unabhängig vom eigenen Geschlecht, überwiegend als positiv.
2. Studierende der Universität Rostock bewerten die Lehrveranstaltungen mit Simulationspatienten bezüglich der Relevanz, der erhaltenen Feedbacks, der eigenen Motivation und des Selbstvertrauens, unabhängig vom eigenen Alter, überwiegend als positiv.
3. Weibliche Studierende bewerten die erhaltenen Feedbacks positiver als männliche Studierende.
4. Die ärztlichen Gesprächsführungen in der Lehre an der UMR werden von den Studierenden in Bezug auf die Realitätsnähe und auf die Rückmeldungen von Seiten der Simulationspatienten als signifikant positiver beurteilt, wenn professionelle Schauspieler an der Simulation teilnehmen.
5. Die befragten Lehrpersonen der Universitätsmedizin Rostock bewerten die Lehrveranstaltungen mit Simulationspatienten bezüglich der Relevanz, der Einsätze von Simulationspatienten und der Zusammenarbeit mit dem RoMeTz-Team als positiv.

Es zeigt sich, dass die Übungen mit Simulationspatienten gut geeignet sind, um Kompetenzen im Bereich der Ärztlichen Gesprächsführung zu stärken. Die allgemeinen Aussagen der Studierenden über diese Übungen zeigen, dass eine fundierte Verknüpfung zwischen Theorie und Praxis fehlt. Daher sollten die Studierenden vor den praktischen Übungen theoretische Lehrveranstaltungen nicht nur über die Kommunikationstheorien, sondern auch über die Bindungstheorie und neurobiologische Grundlagen von Beziehungen erhalten. In den praktischen Übungen sollten die Aspekte der Beziehungsgestaltung bewusster thematisiert werden.

Mit den gewonnenen Erfahrungen können die laufenden Lehrveranstaltungen verbessert und neue Seminare entwickelt werden. Die Erarbeitung und Einführung eines longitudinalen Curriculums für Ärztliche Kommunikation an der UMR ist unerlässlich. Die Fallvignetten und Lernziele der unterschiedlichen Fachbereiche müssen didaktisch so abgestimmt werden, dass die Studierenden einen klaren Entwicklungspfad durchlaufen können. Das heißt von leichteren ärztlichen Gesprächssituationen, wie zum Beispiel die Erstbegegnung, über Beratungsgespräche und Aufklärungsgespräche, bis hin zu komplizierten Herausforderungen, wie Anamnesegespräche, Schmerzdiagnostik oder dem Überbringen schlechter Nachrichten. Der Arbeitsprozess sollte weiterhin evaluiert werden und die so gewonnen Erkenntnisse in die praktische Arbeit zurückgeführt werden. Das hohe Niveau der Lehrveranstaltungen an der UMR kann nur durch kontinuierliche Evaluation sichergestellt werden.

Es lässt sich vermuten, dass die Faktoren „positives Feedback“, „positive Stimmung“ und „kleine Gruppengröße“ eine bedeutende Auswirkung auf die positiven Beurteilungen der Übungen mit Simulationspatienten in der Lehre an der UMR hatten. Inwieweit sich diese Faktoren gegenseitig beeinflussen, sollte in einer weiteren Untersuchung überprüft werden.

Es wäre wichtig, dass alle Studierenden während des Studiums mindestens zwei Möglichkeiten zum Üben ärztlicher Gesprächsführung in geschütztem Rahmen bekommen. Es soll sichergestellt werden, dass das Wissen nicht nur abgefragt, sondern auch das Üben ermöglicht wird.

Die Raumqualität wurde von allen Seiten bemängelt. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Seminare mit Simulationspatienten auch unter diesen räumlichen Umständen gut durchführbar sind. Die Lehrveranstaltungen würden allerdings an Qualität hinzugewinnen, wenn an der UMR eine kleine Anzahl von Räumen mit passender technischer Ausrichtung für den Zweck der ärztlichen Gesprächsübung in der Lehre eingerichtet werden würden.

Im „Masterplan Medizinstudium 2020“ ist neben der Arzt-Patient-Kommunikation auch die interdisziplinäre Kommunikation hervorgehoben. Seminare zur interdisziplinären

Kommunikation sind an der UMR nur in kleinem Rahmen als Versuch durchgeführt worden. Die Entwicklung und Weiterentwicklung solcher Lehrveranstaltungen an der UMR ist eine zusätzliche Aufgabe für die Zukunft.

Die Organisation, Entwicklung, Durchführung und Evaluation der Lehrveranstaltungen mit Simulationspatienten ist mit hohem Arbeitsaufwand verbunden. Ein festes Team von Medizinerinnen und Medizindidaktikern sowie von Theaterpädagogen oder Kommunikationswissenschaftlern ist auch an der UMR wünschenswert. Gute Beispiele für solche Teams zeigen unter anderem die Universitäten in Münster und in Köln.

Im Hinblick auf die neuen Reformen in der Medizinerbildung in Deutschland (Masterplan Medizinstudium 2020) muss auch die Universitätsmedizin Rostock die kommunikativen Kompetenzen der Studierenden stärken und die Grundlagen ärztlicher Gesprächsführung nicht nur praktisch vermitteln. Es bedarf der Entwicklung einer Theorie der Arzt-Patient-Beziehung, in der die Mechanismen die potentiell heilende, beziehungsweise die heilungsunterstützende Wirkung abgebildet werden kann. Das kann die Kommunikationstheorie nicht alleinig, sondern nur in Verbindung mit der Bindungstheorie. Bausteine einer solchen Theorie sind in dieser Arbeit vorzufinden.

Für die praktischen Übungen bietet die Kooperation der Lehrpersonen der UMR und des RoMeTz-Teams ein stabiles Fundament, das Großprojekt kann jetzt begonnen werden.

Literaturverzeichnis

- Achatz, A. (2007). *Transmission von Bindungsmodellen bei Eltern-Kind und Lehrer-Schüler Beziehungen*. Publierte Dissertation, Universität Wien, Saarbrücken: Südwestdeutscher Verlag für Hochschulschriften.
- Ahnert, L., Pinquart, M. & Lamb, M. E. (2006). Security of children's relationship with nonparental care providers: a meta-analysis. *Child Development*, 77 (3), 664-679.
- Ahnert, L., Milatz, A., Kappler, G., Schneiderwind, J. & Fischer, R. (2013). The impact of teacher-child relationships on child cognitive performance as explored by a priming paradigm. *Developmental Psychology*, 49(3), 554-567.
- Ainsworth, M. D. (1977). Skalen zur Erfassung mütterlichen Verhaltens: Feinfühligkeit versus Unempfindlichkeit gegenüber den Signalen des Babys. In K. E. Grossmann (Hrsg.), *Entwicklung der Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt* (S. 96-107). München: Kindler.
- Ainsworth, M. D. (1979). Attachment as related to mother-infant interaction. In J. Rosenblatt, R. A. Hinde, C. Beer, & M. Busnel (Hrsg.), *Advanced in the study of behavior*. (Bd. 9, S. 1-59). San Diego: Academic Press.
- Alleker Ch., Arndt A. C., Beldoch, M., Deinzer, R., Deubner, R., Harnacke, D., Fischbeck, S., Kursch, A., Leonhardt, C., Margraf-Stiksrud, J., Philipp, S., Schut, Ch., Silbernagel, W., Springer, A. & Stadler-Werner, B. (2014). *Arzt-Patient-Kommunikation, Eine Hochschuldidaktische Fortbildung. Umgang mit starken Emotionen und Emotionsregulierung. Vorbereitungsmaterialien zum Basisseminar vom 23.03.2014-28.03.2014, L:IST-Lehre: Interagieren, Strukturieren, Transportieren*. Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie. Gießen.
- Altmann, U. (2013). *Synchronisation nonverbalen Verhaltens. Weiterentwicklung und Anwendung zeitreihenanalytischer Identifikationsverfahren*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Al-Yagon, M., & Mikulincer, M. (2004). Socioemotional and Academic Adjustment Among Children with Learning Disorders: The Mediation Role of Attachment-Based Factors. *The Journal of Special Education*, 38(2), 111-123.
- Aschauer, S. (2006). *Findet eine Transmission der Eltern-Kind-Beziehung auf die Lehrer-Schüler-Beziehung statt?* Universität Wien: Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Baile W. F., Buckmann, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A. & Kudelka A. P. (2000). SPIKES-A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist* 2000 (5), 302–311. Online verfügbar unter <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/5/4/302.full.pdf>, zuletzt geprüft am 26.05.2017.

- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, (129), 195-215.
- Bekk, S. (2015). *Theater und Erziehung. Ein Beitrag zur Theaterpädagogik*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, Internationaler Verlag der Wissenschaften.
- Brisch, K. H. (1999). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K. H. (2011). Bindung als Grundlage einer gelingenden Entwicklung. *Jugendhilfe*, 49 (4). 231-235.
- Blair, R. (2008). *The actor, image, and action. Acting and cognitive neuroscience*. London, New York: Routledge.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Vol. 2: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1986). *Bindung: Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Bowlby, J. (1989). The role of attachment in personality development and psychopathology. In: S. Greenspan & G. Pollock (Hrsg.). *The course of life, Vol. 1: Infancy*. (S. 229-270). Madison: International Universities Press.
- Bowlby, J. (1994). *Verlust, Trauer und Depression*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Bowlby, J. (2002). Bindung: Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz. In G. Spangler, & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung* (4. Ausg. S. 17-26). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bowlby, J. (2009 (1982)). *Das Glück und die Trauer. Herstellung und Lösung affektiver Bindungen*. (3. Ausg.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bowlby, J. (2015). Ethologisches Licht auf psychoanalytische Probleme. (1991). In K. E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.). *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. (S. 22-69). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bölte, S. Hrsg. (2009). *Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven*. Bern: Huber.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation. Für Human- und Sozialwissenschaftler*. (4. Aufl.) Heidelberg: Springer-Medizin-Verl.

- Bortz, J. & Schuster, Ch. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. (7. Aufl.) Heidelberg: Springer-Medizin-Verl.
- Braun, B. & Marstedt, G. (2014). Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. *Auszug Gesundheitsmonitor 2014*. Zugriff am 29.08.2018. Verfügbar unter <https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV-PmW-PEF.pdf>
- Bruno, T., Adamczyk, G., Bilinski, W. (2014). *Körpersprache und Rhetorik - inklusive eBook* (2. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Haufe-Lexware.
- Bruchinal, M., Howes, C., Pianta, R. C., Bryent, D., Early, D. M., Clifford, R. & Barbarin, O. A. (2008). Predicting child outcomes at the end of kindergarten from the quality of pre-kindergarten teacher-child interactions and instruction. *Applied Developmental Science*, 12 (3), 140-153.
- Buchheim, A. (2016). Bindungsdesorganisation. In B. Strauß, A. Buchheim, P. Joraschky, I. Seiffge-Krenke, T. Nolte, E. Neumann et al. (Hrsg.). *Bindung in Psychologie und Medizin. Grundlagen, Klinik und Forschung – ein Handbuch*. (S. 151-161). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Bucka-Lassen, E. (2011). *Das schwere Gespräch* (2.Aufl.) Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Bugaj, T. J., Müksch, Ch., Ehrental, J. C., Köhl-Hackert, N., Schauenburg, H., Huber, J. Schmid, C., Erschens, R., Junne, F., Herzog, W., Nikendei, Ch. (2016). Stresserleben bei Medizinstudierenden: Welche Rolle spielen Bindungserleben und Persönlichkeitsaspekte? *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 66 (2). 88–92. DOI: 10.1055/s.0035-1569285
- Bundesministerium für Gesundheit (2017). *Masterplan Medizinstudium 2020*. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/4_Pressemitteilungen/2017/2017_1/170331_Masterplan_Beschlusstext.pdf, zuletzt geprüft am 05.08.2017 um 17:02 Uhr.
- Cassidy, J. & Berlin, L. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child Development*, 65, (4), 971-981. DOI: 10.2307/1131298
- Cooper, M. (2008). *Essential research findings in counselling and psychotherapy. The facts are friendly*. London: Sage.
- Cryanowski, J. M., Bookwala, J., Feske, U., Houck, P., Pilkonis, P. & Kostelnik, B. et al. (2002). Adult attachment profiles, interpersonal difficulties, and response to interpersonal psychotherapy in woman with recurrent major depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21, 191-217.

- Charpak, N., Tessier, R., Ruiz, J.G., Hernandez, J. T., Uriza, F. & Villegas, J. et al. (2017). Twenty-year Follow-up of Kangaroo Mother Care Versus Traditional Care. *Pediatrics* 139(1). Zugriff am 13.09.2018
- Conde-Agudelo, A., Belizan, J. M. & Diaz-Rossello, J. (2011). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database SystRev* (3), CD002771. doi: 10.1002/14651858.CD002771.pub2 Zugriff am 13.09.2018.
- Delhees, K. H. (1994). *Soziale Kommunikation. Psychologische Grundlagen für das Miteinander in der modernen Gesellschaft*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Dörger, D. & Nickel, H. W. (2008). *Improvisationstheater. Ein Überblick: das Publikum als Autor*. Berlin: Schibri-Verlag.
- Dziobek, I., Bolte, S. (2011). Neuropsychologische Modelle von Autismus-Spektrum-Störungen - Behaviorale Evidenz und neuro-funktionale Korrelate. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 39 (2), 79–90. DOI: 10.1024/1422-4917/a000094
- Eberhardt, D. (2005). *Theaterpädagogik in der Pflege. Pflegekompetenz durch Theaterarbeit entwickeln*. Stuttgart, New York: Thieme (Edition PADUA).
- Eisfeld, M. (2013). *Bindung und IQ: eine empirische Studie zum Bindungsverhalten von Kindern im Grundschulalter und der Zusammenhang zu ihren kognitiven Fähigkeiten*. Universität Rostock.
- Ekman, P. (2012). *Gefühle lesen. Wie Sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren* (2. Aufl.) Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Eliava, M., Melchior, M., Knobloch-Bollmann, S., Wahis, J., da Silva, G. & Tang, Y. et al (2016). A new population of parvocellular oxytocin neurons controlling magnocellular neuron activity and inflammatory pain processing. *Neuron* 4. DOI: 10.1016/j.neuron.201601.041
- Eneghardt, K. (2003). Patienten-zentrierte Medizin und Ethik. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* (128), 1969–1971. DOI: 10.1055/s-2003-42362
- Euteneier, R. (2015). Das Team - Kooperation und Kommunikation. In A. Euteneier, *Handbuch Klinisches Risikomanagement. Grundlagen, Konzepte, Lösungen - medizinisch, ökonomisch, juristisch* (1. Aufl. S. 99-109). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Fahr, A. (2013). Nonverbale Kommunikation. In G. Bentele, *Lexikon Kommunikations- und Medienwissenschaft* (2. Aufl. S. 244-245). Wiesbaden: Springer VS.

- Faller, H. (2012). Patientenorientierte Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 55 (9), 1106–1112. DOI: 10.1007/s00103-012-1528-x
- Floer, B., Schnee, M., Böcken, J., Streich, W., Kunstmann, W., Isfort, J. & Butzlaff, M. (2004). Shared Decision Making – the patients' perspective. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* (129), 2343-2347.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R. & Mattoon, G. et al. (1996). The relationship of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapie. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2018). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. (6. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Förstl, H. (2012). *Theory of Mind*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Freitag, Ch. M. (2009): Neuropsychologische Diagnostik bei autistischen Störungen. *Kindheit und Entwicklung* 18 (2), 73–82. DOI: 10.1026/0942-5403.18.2.73
- Frindte, W. (2001). *Einführung in die Kommunikationspsychologie*. Weinheim: Beltz (Beltz-Studium).
- Fremmer-Bombik, E. (2002). Innere Arbeitsmodelle von Bindung. Allgemeine Beschreibung innerer Arbeitsmodelle von Bindung. In G. Spangler, & P. Zimmermann, *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. (4. Ausg. S. 109-119). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fritzsche, K. (2006). Die Gestaltung der Arzt – Patient – Beziehung. In K. Fritzsche & M. Wirsching, *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (S. 55-60). Hrsg. v. Fritzsche, K. Heidelberg: Springer-Medizin-Verl.
- Gillath, O., Shaver, P., Baek, J.-M. & Chun, D. (2008). Genetic correlates of adult attachment style. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20, 1-10.
- Gloger-Tippelt, G., Vetter, J. & Rauh, H. (2000). Untersuchungen mit der „Fremden Situation“ in deutschsprachigen Ländern. Ein Überblick. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 47, (1), 87-98.
- Gloger-Tippelt, G. (2003). Entwicklungswege zur Repräsentation von Bindung bei sechsjährigen Kindern - Fallbeispiele. In H. Scheurer-Englisch, G. J. Suess, & W.-K. P. Pfeifer (Hrsg.), *Wege zur Sicherheit* (S. 193-222). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Greimel, E., Schulte-Ruther, M., Kamp-Becker, I., Remschmidt, H., Herpertz-Dahlmann, B. & Konrad, K. (2011). Selbst- und Fremdbeurteilung der Empathie bei Jugendlichen mit Autismus. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 39 (2), 113–121. DOI: 10.1024/1422-4917/a000097

- Grossmann, K. E. & Grossmann, K. (Hrsg.). (2017). *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. (Klett-Cotta-Fachbuch, 5. Aufl.) Stuttgart: Klett-Cotta.
- Goossens, F. A., & van Ijzendoorn, M. H. (1990). Quality of infants' attachment to professional caregivers: Relation to infant-parent attachment and day care characteristics. *Child Development*, 61(3), 832-837.
- Günther, C. (2012). *Bindung und Lernbehinderung. Der Einfluss von Bindungsqualität auf Beziehungsgestaltung und Sozialverhalten* (Soziale Praxis). Münster: Waxmann.
- Hattie, J. (2015). *Lernen sichtbar machen. Überarbeitete deutschsprachige Ausgabe von Visible Learning besorgt von Wolfgang Beywl und Klaus Zierer. 3. Erweiterte Auflage mit Index und Glossar*. Baltmannweiler: Schneider Verlag GmbH.
- Hentschel, U. (2003). *Entwicklungen und Perspektiven der Spiel- und Theaterpädagogik*. Berlin: Schibri-Verlag.
- Hesse, E. & Main, M. (2006). Desorganisiertes Bindungsverhalten bei Kleinkindern, Kindern und Erwachsenen. In K. H. Brisch, K. W. Grossmann, K. Grossmann & L. Köhler (Hrsg.), *Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis* (2. Aufl., S. 219–248). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Herzig, S., Biehl, L., Stelberg, H., Hick, C., Schmeisser, N. & Koerfer, A. (2006). Wann ist ein Arzt ein guter Arzt? Eine inhaltsanalytische Untersuchung von Aussagen medizinischer Professionsvertreter. *Deutsche medizinische Wochenschrift* (1946) 131 (51-52), 2883–2888. DOI: 10.1055/s-2006-957216
- Holler, J. (2011). Verhaltenskoordination, Mimikry und sprachbegleitende Gestik in der Interaktion. *Psychotherapie-Wissenschaft 1* (1), 56–64. Online verfügbar unter <http://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psy-wis/article/view/13>, zuletzt geprüft am Mai 19, 2017.
- Hoffmann, Ch. (2007). Unternehmenstheater. In Koch, G., *Wörterbuch der Theaterpädagogik* (S. 341). Berlin: Schibri-Verlag.
- Howe, D. (2003). Attachment disorders: Disinhibited attachment behaviors and secure base distortions with special reference to adopted children. *Attachment and Human Development*, 5, 265-270.
- Howes, C., & Hamilton, C. E. (1992). Children's relationships with child care teachers: stability and concordance with parental attachments. *Child Dev*, 63(4), 867-878.
- Isabella, R., & Belsky, J. (1991). Interactional synchrony and the origins of infant-mother attachment: A replication study. *Child Development*, 62, (2), 373-384.

- Isfort, J., Redaelli, M. & Butzlaff, M. (2007). Die Entwicklung der partizipativen Entscheidungsfindung: die Sicht der Versicherten und der Ärzte. In J. Böcken (Hrsg.), B. Braun & Amhof, R. *Gesundheitsmonitor 2007* S. 76-95. Gütersloh.
- Julius, H. (2001). Die Bindungsorganisation von Kindern, die an Erziehungshilfeschulen unterrichtet werden. *Sonderpädagogik*, 31(2), 74-93.
- Julius, H, Gasteiger-Klicpera, B. & Kißgen, R. (2009). Einführung – Interventionen. In H. Julius, B. Gasteiger-Klicpera & Kißgen, R. (Hrsg.). *Bindung im Kindesalter. Diagnostik und Interventionen* (S. 225-231). Göttingen: Hogrefe.
- Julius, H. (2009). Bindung und familiäre Gewalt-, Verlust- und Vernachlässigungserfahrungen. In H. Julius, B. Gasteiger-Klicpera & R. Kißgen (Hrsg.). *Bindung im Kindesalter. Diagnostik und Interventionen* (S. 13-26). Göttingen: Hogrefe.
- Julius, H. (2014). Bindung, Entwicklung und bindungsgeleitete Interventionen. *Behinderte Menschen* 6, 3-20.
- Julius, H., Beetz, A., Kotrschal, K., Turner, D. C. & Uvnäs-Moberg, U. (2014). *Bindung zu Tieren. Psychologische und neurologische Grundlagen tiergestützter Interventionen*. Göttingen: Hogrefe.
- Julius, H., Beetz, A. & Ragnarsson, S. (2017). Bindung und pferdegestützter Interventionen. *Mensch & Pferd international*, 9 (4), 140-153.
- Jünger, J., Mutschler, A., Kröll, K., Weiss, C., Fellmer-Drügg, E., Köllner, V., Ringel, N. (2015). Ärztliche Gesprächsführung in der medizinischen Aus- und Weiterbildung. Das Nationale longitudinale Mustercurriculum Kommunikation. *Die Medizinische Welt – aus der Wissenschaft in die Praxis* (4), 189–192. Online verfügbar unter www.die-medizinische-welt.de, zuletzt geprüft am 27.12.2017.
- Kaluza, G. (2018). *Gelassen und sicher im Stress: Das Stresskompetenz-Buch; Stress erkennen, verstehen, bewältigen*. (7. Aufl.). Berlin: Springer.
- Keuneke S. (2012). *Kommunikation. Versuch einer Begriffssynthese*. Philosophische Fakultät, Universität Düsseldorf. Online verfügbar unter https://www.phil-fak.uni-duesseldorf.de/fileadmin/Redaktion/Institute/Sozialwissenschaften/Kommunikations-_und_Medienwissenschaft/Keuneke/Kommunikation_Versuch_einer_Begriffssynthese_0416.pdf.
- Keyesers, Ch. (2013). *Unser empathisches Gehirn. Warum wir verstehen, was andere fühlen*. München: Bertelsmann.
- Kiesler, D. J. (1979). An interpersonal communication analysis of relationship in psychotherapy. *Psychiatry* 42, (4), 299-311.

- Kirchmann, H., Thomas, A., Brüderle, E. & Strauß, B. (2011). Zum Einfluss von Bindungsmerkmalen auf Gegenübertragungsreaktionen. Effekte von Tonbandsequenzen des Adult-Attachment-Interviews auf die emotionale Befindlichkeit, die Zuschreibung von Freundlichkeit und die Kontaktbereitschaft von Zuhörern. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 59 (2), 123-132.
- Klemperer, D. (2005). Shared Decision Making und Patientenzentrierung - vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin. *Balint* 6 (3), 71–79. DOI: 10.1055/s-2005-871310
- Koehl-Hackert, N., Schultz, J-H., Nikendei, Ch., Moltner, A., Gedrose, B., van den Bussche, H. & Junger, J. (2012). Belastet in den Beruf - Empathie und Burnout bei Medizinstudierenden am Ende des Praktischen Jahres. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 106 (2), 116–124. DOI: 10.1016/j.zefq.2012.02.020
- Kölfen, W. (2013). *Ärztliche Gespräche, die wirken. Erfolgreiche Kommunikation in der Kinder- und Jugendmedizin*. Dordrecht: Springer.
- Kutscher, P. P. & Seßler, H. (2016). *Kommunikation - Erfolgsfaktor in der Medizin: Teamführung, Patientengespräch, Networking & Selbstmarketing*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2001). Research summery on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 357-361.
- Langer, J. (2018). *Von der Eltern-Kind zur Lehrer*in-Schüler*in-Beziehung – Psychologische und physiologische Mechanismen der Transmission von Bindung*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Rostock.
- Langewitz, W. (2012). Zur Erlernbarkeit der Arzt-Patienten-Kommunikation in der Medizinischen Ausbildung. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 55 (9), 1176–1182. DOI: 10.1007/s00103-012-1533-0
- Langkafel, P. & Lüdke, Ch. (2008). *Breaking Bad News. Das Überbringen schlechter Nachrichten in der Medizin*. Heidelberg: Economica (Gesundheitswesen in der Praxis).
- Légaré, F. & Wittemann, H. O. (2013). Shared decision making: examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice. *Health Affairs* (2) 32, 276-284.
- Lensch, M. (2007). Rollenspiel. In G. Koch, *Wörterbuch der Theaterpädagogik*. (S. 257-259). Berlin: Schibri-Verlag.
- Levine, M. & Manning, R. (2014). Prosoziales Verhalten. In K. Jonas, W. Stroebe & M. Hewstone, *Sozialpsychologie* (6. Aufl. S. 357-399). Berlin: Springer Gabler (Springer-Lehrbuch).

- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Hrsg.), *Handbook of Attachment* (S. 238-249). New York: Guilford.
- Mahr, C. (2018). *Praxishandbuch Integrative Psychotherapie. Ein methodenorientiertes und wegweisendes Grundlagenwerk*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society and Research in Child Development*, 50, 66-106.
- Main, M. (2009). Desorganisation im Bindungsverhalten. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie, Grundlagen, Forschung und Anwendung*. (S. 120-141). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Martin, A.; Buchheim, A.; Berger, U. & Strauß, B. (2007). The impact of attachment organization on potential countertransference reaction. *Psychotherapy Research*, 17, 46-58.
- Martin, O., Rockenbach, K., Kleinert, E. & Stöbel-Richter, Y. (2016): Aktives Zuhören effektiv vermitteln. Zwei Konzepte im Vergleich. *Der Nervenarzt* (9) 1026-1035. DOI: 10.1007/s00115-016-0178-x
- Mashburn, A. J., Pianta, R. C., Hamre, B. K., Downer, J. T., Barbarin, O. A., Bryant, D., Burchinal, M., Early, D. M. & Howes, C. (2008): Measures of classroom quality in prekindergarten and children's development of academic, language, and social skills. *Child Development* 79(3), 732-749.
- Mayring, Ph. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim, Bergstr: Beltz, J (Beltz Pädagogik).
- Meredith, P. J., Strong, J. & Feeney, J. (2007). Adult attachment variables predict depression before and after treatment for chronic pain. *European Journal of pain*, 11, 164-170.
- Merten, K. (1977). *Kommunikation. Eine Begriffs- und Prozeßanalyse*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Meyer, B. & Pilkonis, P. A. (2001). Attachment styles, personality disorders, and response to treatment. *Journal of Personality Disorders*, 15, 371-389.
- MFT Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V. (Hrsg.) (2015). Verabschiedet auf der Mitgliederversammlung des 76. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages. Kiel, 04.06.2015. MFT Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V. Berlin.

- Neumann, M., Scheffer, C., Langer, A., Tauschel, D., Joos, S., Lutz, G. & Edelhauser, F. (2010). Bedeutung und Barrieren ärztlicher Empathie im Praxisalltag - Stand der Forschung und qualitative Kurzumfrage mit Ärzten. *Die Rehabilitation* 49 (5), 326–337. DOI: 10.1055/s-0030-1263159
- Noam, G. G. & Fiore, N. (2004). Relationships across multiple Settings: An overview. *New Directions for youth Development*, (7), 9-16.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationship that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Nowak, P.; Spranz-Fogasy, T. (2008). Medizinische Kommunikation - Arzt und Patient im Gespräch. In: Jahrbuch Deutsch als Fremdsprache, (Bd. 34, S. 80–96).
- Nöllke, M. (2015). *Machtspiele. Die Kunst, den eigenen Willen durchzusetzen* (2. Aufl.). Freiburg, München [u.a.]: Haufe.
- O'Connor, E. & McCartney, K. (2006). Association between Young Children's Relationships With Mothers and Teachers. *Journal of Educational Psychology*, 98 (1), 87-98.
- O'Connor, E. E., Collins, B. A. & Supplee, L. (2012). Behavior problems in late childhood: The roles of early maternal attachment and teacher-child relationship trajectories. *Attachment and Human Development*, 14(3), 265-288.
- Olbricht, E. (2012). *Gesundheit: Pathogenese bekämpfen – Salutogenese fördern*.
Verfügbar unter: https://www.buendnis-mensch-und-tier.de/app/download/11194894257/2012_Olbricht_Gesundheit_Pathogenese_bek%C3%A4mpfen_Salutogenese_f%C3%B6rdern.pdf?t=1492248777 Zugriff am 09.09.2018.
- Oosterman, M., Schipper, J. C. de, Fisher, P., Dozier, M. & Schuengel, C. (2010). Autonomic reactivity in relation to attachment and early adversity among foster children. *Development and Psychopathology*, 22 (1), 109–118. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990290>
- Papoušek, M. (2001). Intuitive elterliche Kompetenzen – Ressource in der präventiven Eltern-Säuglings-Beratung und –psychotherapie. *Frühe Kindheit*, 4 (1), 4–10. Zugriff am 04.03.2016
- Papoušek, M. (2014). Kommunikation und Sprachentwicklung im ersten Lebensjahr. In M. Cierpka, (Hrsg.), *Früher Kindheit 0-3 Jahre*. Berlin & Heidelberg: Springer Verlag.
- Pfeifer, A.-C., Eherntal, J. C., Neubauer, E., Gerigk, C. & Schiltenswolf, M. (2016). Einfluss des Bindungsverhaltens auf chronischen und somatoformen Schmerz. *Schmerz*, 30, 444-456.

- Pianta, R., Steinberg, M., & Rollins, K. B. (1995). The first two years of school: Teacher-child relationships and deflections in children's classroom adjustment. *Development and Psychopathology* (7), 295-312.
- Pianta, R. C., Nimetz, S. L. & Bennett, E. (1997). Mother-child relationships, teacher-child relationships, and school outcomes in preschool and kindergarten. *Early Childhood Research Quarterly*, 12 (3), 263-280.
- Philippot, P., Feldmann, R. S. & Coats, E. J. (Hrsg.), (2003). *Nonverbal behavior in clinical settings*. London: Oxford University Press.
- Poustka, L., Rehm, A., Holtmann, M., Bock, M., Böhmert, Ch. & Dziobek, Isabel (2010). Dissoziation von kognitiver und affektiver Empathie bei Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störungen. *Kindheit und Entwicklung* 19 (3), 177-183. DOI: 10.1026/0942-5403/a000022
- Preuß-Scheuerle, B. (2016). *Praxishandbuch Kommunikation. Überzeugend auftreten, zielgerichtet argumentieren, souverän reagieren*. (2. Aufl.). Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Preyer, G. (2012). *Rolle, Status, Erwartungen und soziale Gruppe. Mitgliedschaftstheoretische Reinterpretationen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Ramseyer, F. (2010). Nonverbale Synchronisation in der Psychotherapie. *Systeme*, 24, (1), 4-31.
- Remschmidt, H.; Kamp-Becker, I. (2006). *Asperger-Syndrom. Mit 31 Tabellen und Diagnostik-CD*. Heidelberg: Springer.
- Rizzolatti, G.; Sinigaglia, C. (2014). *Empathie und Spiegelneurone. Die biologische Basis des Mitgefühls* (5. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Rogers, C. R. (2013). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (22. Aufl.). Hrsg. v. Wolfgang M. Pfeiffer. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verl.
- Röhner, J.; Schütz, A. (2012). Klassische Kommunikationstheorien und -modelle. In Jessica Röhner und Astrid Schütz (Hrsg.), *Psychologie der Kommunikation*. (S. 15-33). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Rydell, A. M., Bohlin, G., & Thorell, L. B. (2005). Representations of attachment to parents and shyness as predictors of children's relationships with teachers and peer competence in preschool. *Attachment and Human Development* (7), 187-204.
- Salzberger, Wittenberg, I. (1973). *Die psychoanalyse in der Sozialarbeit*. Stuttgart: Ernst Klett.
- Schauenburg, H., Buchheim, A., Beckh, K., Nolte, T., Brenk-Franz, K., Leichsenring, F. & et al. (2010). The influence of psychodynamically oriented therapists attachment

- representations on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 20, 193-202.
- Scheibler, F., Janßen, C. & Pfaff, H. (2003). Shared decision making: ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. *Sozial- und Präventionsmedizin* (48), 11-24.
- Scheller, I. (2012). *Szenisches Spiel. Handbuch für die pädagogische Praxis* (6. Aufl.). Berlin: Cornelsen Scriptor.
- Schetsche, M. (2014). *Interspezies-Kommunikation. Voraussetzungen und Grenzen*. Berlin: Logos Verlag.
- Scheuerer-Engelsch, H. (2007). Bindungssicherheit fördern – eine wesentliche Aufgabe der Erziehungs- und Familienberatung. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 54, (2), 161-174.
- Schnabel, K. (2013). Simulation aus Fleisch und Blut: Schauspielpatienten. In: M. St.Pierre & G. Breuer (Hrsg.), *Simulation in der Medizin* (S. 115-119). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Schröder H. (2016). Das Nocebophänomen – Wie Kommunikation krank machen kann. *EHK* 65. 84–89.
- Schulz von Thun, F. (2003). *Miteinander reden nr.1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation* (38. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Schulz von Thun, F. (2017). *Kommunikationsquadrat – Abbildung*. Verfügbar unter: : http://www.schulz-von-thun.de/index.php?article_id=71 Zugriff am, 23.05.2017 um 12:02
- Schweickhardt, A. (2006). Ärztliche Gesprächsführung. In K. Fritzsche, M. Wirsching, *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (S. 65-95). Hrsg. Fritzsche, K. Heidelberg: Springer-Medizin-Verl.
- Schweickhardt, A.; Fritzsche, K. (2016). *Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis*. (3. Asgb.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Seiffge-Krenke, I. (2009). *Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Beziehungen: Herausforderungen Ressourcen Risiken*. (2. Aufl.) Berlin, Heidelberg: Springer.
- Seitz, T., Gruber, B., Preusche, I. & Löffler-Stastka, H. (2017). Rückgang von Empathie der Medizinstudierenden im Laufe des Studiums – was ist die Ursache? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 63 (1), 20–39. DOI: 10.13109/zptm.2017.63.1.20

- Sieverding, M. & Kendel, F. (2012). Geschlechter(rollen)aspekte in der Arzt-Patient-Interaktion. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 55 (9), 1118–1124. DOI: 10.1007/s00103-012-1543-y
- Silbernagel, W. (2014). Strukturiertes Feedback. Anleitung für Simulationspatienten. Vorbereitungsmaterialien zum Basisseminar vom 23.03.2014-28.03.2014, L:IST-Lehre: Interagieren, Strukturieren, Transportieren. Unter Mitarbeit von Alleker Ch., Arndt A. C., Beldoch, M., Deinzer, R., Deubner, R., Harnacke, D. Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie. Gießen.
- Six, U., Gleich, U. & Gimmler, R. (2007). *Kommunikationspsychologie - Medienpsychologie. Lehrbuch*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Sollmann, U. (2013). *Einführung in Körpersprache und nonverbale Kommunikation*. (1. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Verl.
- Solomon, J., & George, C. (1999). *Attachment Disorganization*. New York: Guilford Press
- Sprangler, G. (1999). Frühkindliche Bindungserfahrungen und Emotionsregulation. In W.Friedlmeier & M. Holodyski, M. (Hrsg.), *Emotionale Entwicklung: Funktion, Regulation und soziokultureller Kontext von Emotionen*. S. 176-196. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Sprangler, G. & Zimmermann, P. (1999). Bindung und Anpassung im Lebenslauf: Erklärungsansätze und empirische Grundlagen für Entwicklungsprognosen. In: N. Oerter, C. v.Hagen, G. Röper, G. Noam (Hrsg.). *Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch*. (S. 170-194). Weinheim: Beltz.
- Spangler, G., & Grossmann, K. E. (1993). Biobehavioral Organizations in Securely and Insecurely Attached Infants. *Child Development*, 64, 1439-1450.
- Spangler, G. & Schieche, M. (2009). Psychobiologie der Bindung. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung*. (5. Durchg. Aufl., S. 297-310). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Spranz-Fogasy, T. (2005). Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen - Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration. In M. Neises, S. Dietz, T. Spranz-Fogasy (Hrsg.), *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*, (S. 17-47). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsanstalt.
- Sroufe, L. A., & Waters, E. (1977). Heart Rate as a convergent Measure in Clinical and Developmental Research. *MPQ; journal of developmental psychology*, 23, 3-27.
- Sroufe, L.A. & Fleeson, J. (1990). The coherence of family relationships. In R.A. Hinde & J. Stevenson-Hinde (Hrsg.), *Relationships within Families. Mutual Influences*. Oxford: Oxford University Press.

- Stickelmann, B. (2014). *Provokation Jugendgewalt: Sozialpädagogisches Handeln in Krisen und Konflikten*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Strauss, B., Kirchmann, H., Eckert, J., Lobo-Dorst, A., Marquet, A. & Papenhausen, R. et al. (2006). Attachment characteristics and treatment outcome following inpatient psychotherapy: Results of a multisite study. *Psychotherapy Research*, 16, 579-594.
- Strupp, H. H. & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Suess, G. (1987). *Auswirkungen frühkindlicher Bindungserfahrungen auf die Kompetenz im Kindergarten*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Regensburg.
- Thomas, A. (1991). *Grundriß der Sozialpsychologie*. Göttingen: Verl. für Psychologie Hogrefe.
- Uvnäs-Moberg, K. (2011). Die Funktion von Oxytocin in der frühen Entwicklung und die mögliche Bedeutung eines Oxytocinmangels für Bindung und frühe Störungen der Entwicklung. In K. H. Birsch (Hrsg.), *Bindung und frühe Störungen der Entwicklung*. (S. 13-33). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Uvnäs-Moberg, K. (2016). *Oxytocin, das Hormon der Nähe: Gesundheit – Wohlbefinden – Beziehung*. Heidelberg: Springer.
- van Rieën, A. (2016). *Zum Nutzen sozialer Arbeit. Theaterpädagogische Maßnahmen im Übergang zwischen Schule und Erwerbsarbeit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Watson J. C., Greenberg, L. S. & Lietaer, G. (2010). Relating process to outcome in person-centered and experiential psychotherapies: the role of the relationship conditions and clients experiencing. In: M. Cooper, J. C. Watson & Hölldampf, D. (Hrsg.). *Person-centered and experiential therapies work*. (S. 132-163). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B. & Jackson, D. D. (2011). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. (12. Aufl.). Bern: Huber.
- Wilm, S., Knauf, A., Peters, T. & Bahrs, O. (2004). Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 80 (2), 53–57. DOI: 10.1055/s-2004-44933
- Ziegenhain, U. & Fegert, J. (2014). Zu alltäglichen und Biografischen Bedeutung der Qualität pädagogischer Beziehungen. In A. Prengel & U. Winklhofer (Hrsg.). *Kinderrechte in pädagogischen Beziehungen. Band 1: Praxiszugänge* (S. 33-45). Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Anhang A

Gesprächsphasen im Anamnesegegespräch nach Schweickhardt (2006):

Tabelle 4.3. Gesprächsphasen im Anamnesegegespräch

1. Vertrauensvolle und hilfreiche Beziehung aufbauen
 - 1.1 Begrüßung und Vorstellung
 - Blickkontakt aufnehmen
 - Begrüßung
 - Mit Namen ansprechen, Hand geben
 - Sich mit Namen vorstellen
 - Funktion erklären
 - 1.2 Für eine ungestörte, ruhige Gesprächsatmosphäre sorgen
 - Evtl. Schild »Bitte nicht stören«
 - Wenn möglich, Mitpatienten hinaus bitten
 - Fernseher oder Radio ausschalten
 - Auf evtl. Störungen durch Piepser, Kollegen oder Pflegepersonal hinweisen
 - 1.3 Für angenehme Gesprächsatmosphäre sorgen
 - Gespräch im Sitzen führen (Stuhl am Krankenbett)
 - Evtl. Bett hochstellen
 - Nähe/Distanz abstimmen
 - Körperhaltung des Patienten beachten
 - 1.4 Gesprächsinhalt und Rahmen abstecken
 - Gesprächsziele verdeutlichen
 - Zeitrahmen mitteilen
2. Dem Patienten zuhören, um etwas über ihn und seine Erkrankung zu erfahren
 - 2.1 Gespräch offen beginnen
 - Angebot »Was kann ich für Sie tun?«
 - Konsultationsanlass »Was führt Sie zu mir?«
 - Befindlichkeit »Wie geht es Ihnen im Moment?«
 - 2.2 Erzählen fördern – Rückmeldung geben
 - Hörsignale »Hm«, »ja«, Nicken
 - Blickkontakt
 - Patient nicht unterbrechen
 - Pausen tolerieren
 - Freie Themenentfaltung zulassen
 - 2.3 Aktiv zuhören – verbal unterstützen
 - Offen fragen »Wie kam das?«
 - Zum Weitersprechen ermutigen
 - Äußerungen wörtlich wiederholen
 - Äußerungen paraphrasieren
 - 2.4 Verständnis sichern
 - Rückfragen »Verstehe ich richtig, dass...?«
 - Zusammenfassen
 - 2.5 Beziehungsverhalten reflektieren
 - Wie geht der Patient auf das Gesprächsangebot ein?
 - Welches Beziehungsmodell sucht der Patient? Paternalismus, Dienstleistung, Partnerschaft?

■ **Tabelle 4.3** (Fortsetzung)

- 2.6. Emotionen zulassen und verstehen
 - Nonverbal (z. B. Gestik, Mimik)
 - Ansprechen »Nehme ich richtig wahr, dass...?«
 - Benennen »Das macht Sie dann traurig...«
 - Klären »Wie fühlen Sie sich dann?«
- 2.7. Eigene Emotionen als diagnostischer Wegweiser benutzen
 - z. B. Abneigung, Ärger
 - Langeweile, Traurigkeit, Leere
 - Behüten, schützen wollen
- 3. Selbst- und Familienanamnese vervollständigen
 - Vegetative Anamnese
 - Medikamente
 - Frühere Erkrankungen, Vorbehandlungen
 - Familiäre Erkrankungen, Risikofaktoren
 - Biographie mit typischen Schwellensituationen wie Schulzeit, Pubertät, Auszug aus dem Elternhaus, Berufswahl, Heirat, Berentung
 - Aktuelle Lebenssituation, z. B. Beruf, Familie
 - Auf Lücken zurückkommen »Sie ließen bisher unerwähnt...«
- 3.1 Subjektive Krankheitsvorstellungen
 - Konzepte »Was stellen Sie sich selbst darunter vor?«
 - Erklärungen »Sehen Sie selbst Ursachen dafür?«
- 4. Detail der Beschwerden, Selbst- und Familienanamnese explorieren
- 4.1 Beschwerde-Dimensionen erfragen
 - Lokalisation und Ausstrahlung
 - Qualität »Welchen Charakter haben die Schmerzen, z. B. brennender oder stechender Schmerz?«
 - Intensität »Wie stark sind die Schmerzen?« (Skala 0-10)
 - Funktionsstörung/Behinderung »Wie weit sind Sie dadurch beeinträchtigt?«
 - Begleitsymptome »Haben Sie dabei auch...?«
 - Zeitliche Zusammenhänge (Zeitpunkt des Auftretens, Verlauf, z. B. periodisch, wehenartig, Dauerschmerz)
 - Begleitumstände: »In welcher Situation tritt das auf?«, »Welche Einflüsse verstärken die Beschwerden oder erleichtern sie?«
- 5 Zusammenfassen und weiteres Vorgehen gemeinsam abstimmen
- 5.1 Gespräch zusammenfassen
 - Konsultations- oder Aufnahmegrund
 - Beschwerden
 - Bisherige Diagnosen
 - Therapievereinbarungen
- 5.2 Erwartungen klären
 - Vorstellungen, Wünsche, Hoffnungen abklären »Was haben Sie sich vorgestellt?«, »Was könnte Ihrer Meinung nach helfen?«
 - Kontrollüberzeugungen erkunden »Was könnten Sie selbst ändern?«

■ **Tabelle 4.3** (Fortsetzung)

- 5.3 Klärung offener Fragen anbieten
 - Information »Haben Sie noch Fragen?«
 - Zufriedenheit »Kommen Sie damit erstmal zurecht?«
- 5.4 Diagnostik/Therapieplan und Folgetermine vereinbaren
 - Präferenz für Entscheidungsmodell beachten: Paternalismus – Dienstleistung – partnerschaftliche Kooperation
 - Vorschläge und Risiken besprechen
 - Reaktionen berücksichtigen
 - Konsens anstreben
 - Untersuchungstermine vergeben
 - Nächsten Gesprächstermin festlegen
 - Eventualitäten im Notfall regeln
- 5.5 Patient verabschieden

Anhang B

Evaluation Einsatz von Simulationspatienten in der Lehre

--	--	--	--	--	--

Schreiben Sie bitte in Kasten 1 die erste Ziffer Ihres Geburtsjahrs, Bsp.: 1987 und In Kasten 2 die zweite Ziffer Bsp.: 1987, in Kasten 3 die Initiale des Vornamen Ihrer Mutter Bsp.: Maria, in Kasten 4 die Initiale des Nachnamens Ihrer Mutter Bsp.: Becker, in Kasten 5 die dritte Ziffer Ihres Geburtsjahrs Bsp.: 1987 und in Kasten 6 die vierte Ziffer Bsp.: 1987.

Geschlecht: W M

Anzahl Fachsemester:

Alter:

Bitte die zutreffende Antwort ankreuzen!

1. Die Übung mit Simulationspatienten /-angehörigen ist praxisrelevant.

1	2	3	4	5
stimme voll zu				stimme gar nicht zu

2. Die Übung von Simulationspatienten /-angehörigen war realitätsnah.

1	2	3	4	5
stimme voll zu				stimme gar nicht zu

3. Der Einsatz von Simulationspatienten / -angehörigen im Seminar ist sinnvoll.

1	2	3	4	5
stimme voll zu				stimme gar nicht zu

4. Die Rückmeldungen der Simulationspatienten / -angehörigen waren hilf- und aufschlussreich.

1	2	3	4	5
stimme voll zu				stimme gar nicht zu

5. Die Rückmeldungen der Lehrenden waren hilf- und aufschlussreich.

1	2	3	4	5
stimme voll zu				stimme gar nicht zu

6. Die Rückmeldungen der Mitstudierenden waren hilf- und aufschlussreich.

1	2	3	4	5
stimme voll zu				stimme gar nicht zu

7. Ich habe durch die Übungen mehr Selbstvertrauen bezüglich der Durchführung von Arzt - Patienten- / Angehörigengesprächen gewonnen.

1	2	3	4	5
stimme voll zu				stimme gar nicht zu

8. Ich wünsche mir die Möglichkeit für solche Übungen auch in anderen Fachbereichen.

1	2	3	4	5
stimme voll zu				stimme gar nicht zu

9. Ich halte das gerade besuchte Fach im Rahmen meines Studiums für wichtig.

1	2	3	4	5
stimme voll zu				stimme gar nicht zu

10. Als besonders positiv empfand ich (Antwort in Freitext):

11. Als verbesserungswürdig empfand ich (Antwort im Freitext, bitte auch die Rückseite benutzen):

Anhang C

Evaluation Einsatz von Simulationspatienten in der Lehre

entsprechende Veranstaltung einfügen

Bitte die zutreffende Antwort ankreuzen!

1. Der Einsatz von Simulationspatienten /-angehörigen (SP) im Seminar ist sinnvoll.

1	2	3	4	5
stimme voll zu				stimme gar nicht zu

2. Die Übung mit SP ist praxisrelevant.

1	2	3	4	5
stimme voll zu				stimme gar nicht zu

3. Die Übung mit SP war realitätsnah.

1	2	3	4	5
stimme voll zu				stimme gar nicht zu

4. Die Rückmeldungen der SP waren hilf- und aufschlussreich.

1	2	3	4	5
stimme voll zu				stimme gar nicht zu

5. Die Unterstützung bei der Vorbereitung des Einsatzes von SP ist notwendig (Einführung in die Arbeitsmethode, Erstellen der Fallvignetten und Arbeitsblätter, Trainieren der SP, Terminplanung)

1	2	3	4	5
stimme voll zu				stimme gar nicht zu

6. Die Unterstützung bei der Durchführung solcher Seminare ist notwendig. (Einführung der Studierenden in Arbeitsmethode und Anknüpfen an Vorwissen zur Kommunikation, Moderation der Veranstaltung, konstruktives Feedback an Studierende)

1	2	3	4	5
stimme voll zu				stimme gar nicht zu

7. Bei der Vorbereitung und Durchführung des Seminars wurde ich durch das RoMeTz-Team professionell unterstützt.

1	2	3	4	5
stimme voll zu				stimme gar nicht zu

8. Dozent*innen, die im Seminar mit SP arbeiten, sollten eine Einweisung in die Arbeitsmethode erfahren, um den Studierenden konstruktive Rückmeldung geben zu können.

1	2	3	4	5
stimme voll zu				stimme gar nicht zu

9. Ich möchte die Zusammenarbeit mit dem RoMeTz-Team wieder in Anspruch nehmen.

1	2	3	4	5
stimme voll zu				stimme gar nicht zu

10. Als besonders positiv empfand ich (Antwort in Freitext):

11. Als verbesserungswürdig empfand ich (Antwort im Freitext, bitte auch die Rückseite benutzen):

Anhang D

Kategoriensystem für die Auswertung der offenen Fragen des Fragebogens für Studierende: „Evaluation Einsatz von Simulationspatienten in der Lehre“

Kodierregeln:

- Die Aussagen sollten inhaltlich erst in Oberkategorien und dann in Unterkategorien eingeordnet werden und zuletzt zu einem Item zugeordnet werden.
- Eine inhaltliche Aussage darf nur zu einem Item zugeordnet werden, Mehrfachbenennungen sind nicht möglich.
- Aussagen die inhaltlich nicht in die Kategorien passen, wie zum Beispiel, „Die blonde Simulationspatientin ist hübsch.“, werden als „Fehlend“ (-1) gekennzeichnet und nicht kodiert.
- Wenn keine Aussagen getroffen worden sind, werden auch diese als „Fehlend“ (-1) gekennzeichnet.

Oberkategorie	Unterkategorien	Ankerbeispiele
1. Positive Rückmeldungen		Als besonders positiv empfand ich ...
	1.1. Positives Feedback positive Aussagen in Bezug auf das Feedback in den Seminaren mit Simulationspatienten 1.1.1. Dozent: positive Aussagen über das erhaltene Feedback von Seiten des Dozenten 1.1.2. Gruppe: positive Aussagen über das erhaltene Feedback von Seiten der Seminargruppe/Mitstudierenden 1.1.3. Simulationspatient: Positive Aussagen über das erhaltene Feedback von Seiten des Simulationspatienten 1.1.4. Allgemein:	1.1.1. „... Rückmeldung Arzt“ oder „... sinnvolle Rückmeldung für Studenten“ 1.1.2. „... Feedback von Mitstudenten“ 1.1.3. „... Rückmeldung vom Schauspieler war super und hilfreich“ 1.1.4. „... tolles Feedback“

	<p>Aussagen über Feedback, ohne Angabe von wem das Feedback kam</p> <p>1.1.5. Dozent & Patient: positive Aussagen über das erhaltene Feedback von Seiten des Dozenten und des Simulationspatienten</p> <p>1.1.6. Patient & Gruppe: positive Aussagen über das erhaltene Feedback von Seiten des Simulationspatienten & der Seminargruppe/Mitstudierenden</p> <p>1.1.7. Gruppe & Dozent: positive Aussagen über das erhaltene Feedback von Seiten der Seminargruppe/Mitstudierenden und des Dozenten</p>	<p>1.1.5. „... gutes Feedback von Dozent & Patient“</p> <p>1.1.6. „... Rückmeldung von Schauspielerin und Studies</p> <p>1.1.7. „... super Feedback von Arzt und Gruppe“</p>
	<p>1.2. Positives Setting positive Aussagen bezüglich des Seminars mit Simulationspatienten in den Seminaren</p> <p>1.2.1. Positive Stimmung: positive Aussagen über die Stimmung oder Atmosphäre im Seminar</p> <p>1.2.2. Kleine Gruppen: positive Aussagen über die Gruppengröße</p> <p>1.2.3. Angenehmer Dozent: positive Aussagen über die Lehrpersonen</p> <p>1.2.4. allgemein: allgemeine Angaben über das Seminar</p> <p>1.2.5. positive Stimmung & kleine</p>	<p>1.2.1. „... angenehme, nette Atmosphäre“ oder „... schön, ohne Druck zu lernen“</p> <p>1.2.2. „... gute Gruppengröße“ oder „... kleine Gruppen“</p> <p>1.2.3. „... Spontaneität der Seminarleiter“ oder „... freundlicher Umgang mit Studenten“ oder „... ruhige, kompetente Art des Dozenten“</p> <p>1.2.4. „... tolles Seminar“</p> <p>1.2.5. „... nettes Klima, kleine</p>

	<p>Gruppe: Kombination von positiven Aussagen über Stimmung und Gruppengröße</p> <p>1.2.6. Positive Stimmung & angenehmer Dozent: Kombination von positiven Aussagen über Stimmung und Lehrperson</p> <p>1.2.7. Angenehmer Dozent & kleine Gruppen: Kombination von positiven Aussagen über Lehrperson und Gruppengröße</p> <p>1.2.8. Positive Stimmung, angenehmer Dozent & kleine Gruppen: Kombination von positiven Aussagen über Stimmung, Lehrperson und Gruppengröße</p>	<p>Gruppe“</p> <p>1.2.6. „... gute Atmosphäre & angenehme Dozentin“</p> <p>1.2.7. „... die sehr angenehme Art des Dozenten, in der kleinen Gruppe, keine Hemmungen“</p> <p>1.2.8. „... der Unterricht in der Kleingruppe und netter Dozent“</p>
	<p>1.3. Positive Übung positive Aussagen bezüglich der Kommunikationsübung mit den Simulationspatienten in den Seminaren</p> <p>1.3.1. Gute Übungssituation: positive Aussagen über die Übungssituation</p> <p>1.3.2. Guter Schauspieler: positive Aussagen über den Simulationspatienten</p> <p>1.3.3. Authentischer Simulationspatient: eindeutige Aussagen über die Authentizität der Simulationspatienten oder Aussagen über die realitätsnahe Spielweise der Simulationspatienten</p> <p>1.3.4. Allgemein: allgemeine Angaben über die Übung</p>	<p>1.3.1. „... realitätsnahe Fälle“ oder „... fast echte Situation“ oder „... gute Übungssituation“</p> <p>1.3.2. „... Schauspieler sehr gut“ oder „... sehr gutes Schauspiel“</p> <p>1.3.3. „... ich dachte der Patient wäre echt“ oder „... sehr realitätsnah gespielt“ oder „... authentische Schauspielerin“</p> <p>1.3.4. „... es ist gut, solche Übungen zu haben“ oder „die</p>

	<p>mit Simulationspatienten oder die Übungssituation</p> <p>1.3.5. Gute Übungssituation & gute Schauspieler: Kombination von positiven Aussagen über die Übungssituation und Simulationspatienten</p> <p>1.3.6. Gute Übungssituation & authentische Schauspieler: Kombination von positiven Aussagen über die Übungssituation und authentische Simulationspatienten</p>	<p>Übung mit dem Schauspieler hat mir gefallen“</p> <p>1.3.5. „... gute Übung und tolle Schauspieler“</p> <p>1.3.6. „... sehr realitätsnah und authentische Darsteller“</p>
2. Konstruktive Kritik		Als verbesserungswürdig empfand ich ...
	<p>2.1. Verbesserungsvorschläge & Kritik – Feedback Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf Feedback</p> <p>2.1.1. Dozent: Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf das Feedback von Seiten der Lehrperson</p> <p>2.1.2. Gruppe: Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf Feedback von Seiten der Seminargruppe/Mitstudierenden</p> <p>2.1.3. Simulationspatient: Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf Feedback von Seiten des Simulationspatienten</p> <p>2.1.4. Allgemein: allgemeine Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf das Feedback</p> <p>2.1.5. Dozent & Gruppe:</p>	<p>2.1.1. „... Rückmeldung vom Dozenten“</p> <p>2.1.2. „... die Gruppe sollte keine Rückmeldung geben“</p> <p>2.1.4. „... Simulationspatient hat nur Blödsinn zurückgemeldet“</p> <p>2.1.4. „... Feedback könnte besser sein“</p> <p>2.1.5. „... der Kritik vom Arzt</p>

	<p>Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf Feedback von Seiten der Lehrperson und der Seminargruppe/Mitstudierende</p> <p>2.1.6. Gruppe & Simulationspatient: Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf das Feedback von Seiten der Seminargruppe/Mitstudierenden und des Simulationspatienten</p> <p>2.1.7. Simulationspatient & Dozent: Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf das Feedback von Seiten des Simulationspatienten und des Dozenten</p>	<p>und von der Gruppe waren nicht hilfreich“</p> <p>2.1.6. „... die Studenten und die Schauspieler waren in der Rückmeldung nicht hilfreich“</p> <p>2.1.7. „... mir konnten der Arzt und der Schauspieler keine guten Rückmeldungen geben“ oder „... ich fand das Feedback von Dozent und Darsteller gemein“</p>
	<p>2.2. Verbesserungsvorschläge & Kritik – Setting Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die Durchführung des Seminars mit Simulationspatienten</p> <p>2.2.1. Raumqualität: Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf die Räumlichkeit in der das Seminar stattgefunden hat</p> <p>2.2.2. Fallvariabilität: Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf die Anzahl der gespielten Fälle/Gesprächssituationen im Seminar</p> <p>2.2.3. Häufige Seminare mit Simulationspatienten: Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf die Häufigkeit von Seminaren mit Simulationspatienten</p> <p>2.2.4. Keine Seminare mit</p>	<p>2.2.1. „... Raum ist nicht groß genug“ oder „...es ist schwer, sich im Seminarraum ein Patientenzimmer vorzustellen...“</p> <p>2.2.2. „... mehr Fälle“ oder „... nicht nur zwei Gesprächssituationen im Seminar“</p> <p>2.2.3. „... mehr Seminare mit Schauspieler“ oder „... ein Termin mit SP's reicht nicht aus“</p> <p>2.2.4. „... Für solche Übungen</p>

	<p><i>Simulationspatienten:</i> Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf die Lehrmethode mit Simulationspatienten</p> <p><i>2.2.5. Allgemein:</i> allgemeine Aussagen, Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf die Übungen</p> <p><i>2.2.6. Raumqualität und Fallvariabilität:</i> Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf die Raumqualität und Fallvariabilität</p> <p><i>2.2.7. Raumqualität & vielfache Seminare mit Simulationspatienten:</i> Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf die Raumqualität und auf die Häufigkeit von Seminaren mit Simulationspatienten</p> <p><i>2.2.8. Fallvariabilität & vielfache Seminare mit Simulationspatienten:</i> Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf die Fallvariabilität und die Häufigkeit von Seminaren mit Simulationspatienten</p>	<p>brauchen wir keine Schauspieler“ oder „... Schauspieler sind keine echten Patienten, also bringt die Übung nichts“</p> <p><i>2.2.5.</i> „... solche Übungen bringen nichts“</p> <p><i>2.2.6.</i> „... bessere Räume und mehr Fälle“</p> <p><i>2.2.7.</i> „... bessere Räume und öfter solche Seminare im Studium“</p> <p><i>2.2.8.</i> „... mehr Fälle und mehr Seminare mit Schauspielern“</p>
	<p><i>2.3. Verbesserungsvorschläge & Kritik - Übung</i> Verbesserungsvorschläge oder Kritik bezüglich der Kommunikationsübung mit den Simulationspatienten</p> <p><i>2.3.1. Bessere Übungssituation:</i> Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf die</p>	<p><i>2.3.1.</i> „... authentischere Umgebung und Situationen“ oder „... die Fälle waren nicht</p>

	<p>Gesprächssituation/Übung im Seminar mit Simulationspatienten</p> <p>2.3.2. Bessere Schauspieler: Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf die Simulationspatienten</p> <p>2.3.3. authentische Requisiten: Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf die Requisiten</p> <p>2.3.4. Möglichkeit für mehr Studierende: Wunsch nach mehr Gesprächsübungen für mehr oder für alle Studierenden</p> <p>2.3.5. Mehr Zeit: Wunsch nach mehr Zeit und nach mehr Seminaren mit Simulationspatienten</p> <p>2.3.6. Allgemein: allgemeine Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf die Gesprächsübung mit Simulationspatienten</p> <p>2.3.7. Bessere Übungssituation & bessere Schauspieler: Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf die Übungssituation und auf die Simulationspatienten</p> <p>2.3.8. Bessere Übungssituation & authentische Requisiten: Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf die Übungssituation und</p>	<p>echt“</p> <p>2.3.2. „... bessere Schauspieler“ oder „... Simulationspatient hat übertrieben“ oder „... Darsteller war zu künstlich“</p> <p>2.3.3. „... keine Requisiten vorhanden“ oder „wie soll ich ohne alles untersuchen?“</p> <p>2.3.4. „... jeder Studierende sollte drankommen“ oder „... warum bekommen nicht alle die Möglichkeit, das Gespräch zu führen?“</p> <p>2.3.5. „... die Zeit war zu kurz“ oder „... öfter Seminare mit SP's“</p> <p>2.3.6. „... die Übung ist nicht gut genug“ oder „... ich habe durch die Übung nicht viel gelernt“</p> <p>2.3.7. „... Übungen sollten in realistischer Umgebung stattfinden mit besseren Schauspielern“ oder „... die Übungen sollten in kleineren Gruppen stattfinden mit echten Schauspielern“</p> <p>2.3.8. „... die Übungssituation war nicht echt und Bitte um Requisiten!“</p>
--	--	---

	Requisiten 2.3.9. Mehr Zeit & Möglichkeit für mehr Studierende: Wunsch nach mehr Zeit und Wunsch nach mehr Gesprächsübungen für mehr oder für alle Studierenden 2.3.10. Bessere Übungssituation & Möglichkeit für mehr Studierende: Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf die Übungssituation und Wunsch nach mehr Gesprächsübungen für mehr oder für alle Studierenden	2.3.9. „... mehr Zeit oder mehr Seminare, damit alle Studierende üben können“ 2.3.10. „... Situation ist nicht echt und es sollten alle Studierende spielen können“
--	--	--

Kategoriensystem für die Auswertung der offenen Fragen des Fragebogens für Lehrende: „Evaluation Einsatz von Simulationspatienten in der Lehre“

Kodierregeln sind identisch mit den Regeln aus dem Kategoriensystem des Studierenden-Fragebogens.

Oberkategorie	Unterkategorien	Ankerbeispiele
1. Positive Rückmeldungen		Als besonders positiv empfand ich ...
	1.1. Positives Feedback Positive Aussagen in Bezug auf das Feedback 1.1.1. Gruppe: positive Aussagen über das Feedbackverhalten der Seminargruppe/Studierenden 1.1.2. Simulationspatient: positive Aussagen über das Feedbackverhalten des Simulationspatienten 1.1.3. Allgemein:	1.1.1. „... die Studierenden geben gute Rückmeldungen“ 1.1.2. „... der Schauspieler konnte nützliches Feedback an die Studentin geben“ 1.1.3. „... Feedback ist gut

	<p>Aussagen über das Feedback, ohne konkrete Angaben</p> <p>1.2. Positives Setting</p> <p>positive Aussagen in bezüglich des Seminars mit Simulationspatienten</p> <p>1.2.1. Positive Stimmung:</p> <p>positive Aussagen über die Stimmung oder die Atmosphäre im Seminar</p> <p>1.2.2. Kleine Gruppen:</p> <p>positive Aussagen über die Gruppengröße</p> <p>1.2.3. Allgemein:</p> <p>allgemeine Angaben über das Seminar</p> <p>1.2.4. Professionelle Durchführung:</p> <p>positive Aussagen über die Organisation der Seminare und/oder über die Durchführung</p> <p>1.2.5. Positive Stimmung & kleine Gruppen:</p> <p>Kombination von positiven Aussagen über Stimmung und Gruppengröße im Seminar</p> <p>1.2.6. Professionelle Durchführung & kleine Gruppen:</p> <p>Kombination von positiven Aussagen über die professionelle Durchführung und Gruppengröße</p> <p>1.3. Positive Übung</p> <p>positive Aussagen bezüglich der Kommunikationsübung mit den Simulationspatienten in den Seminaren</p> <p>1.3.1. Gute Übungssituation:</p> <p>positive Aussagen über die Übungssituation</p>	<p>gelaufen“</p> <p>1.2.1. „... gute Arbeitsatmosphäre“</p> <p>1.2.2. „... kleine Gruppengrößen“</p> <p>1.2.3. „... solche Seminare sind sinnvoll“</p> <p>1.2.4. „... professionelle Organisation, gute Durchführung“</p> <p>1.2.5. „... entspannte Stimmung und gute Gruppengröße“</p> <p>1.2.6. „... professionelle Durchführung und kleine Gruppengröße“</p> <p>1.3.1. „... gute Übungsmöglichkeit“</p>
--	---	---

	<p>1.3.2. Guter Schauspieler: positive Aussagen über den Simulationspatienten</p> <p>1.3.3. Authentischer Simulationspatient: eindeutige Aussagen über die Authentizität der Simulationspatienten oder Aussagen über die realitätsnahe Spielweise der Simulationspatienten</p> <p>1.3.4. Allgemein: allgemeine Angaben über die Übung mit Simulationspatienten oder der Übungssituation</p> <p>1.3.5. Gute Übungssituation & gute Schauspieler: Kombination von positiven Aussagen über die Übungssituation und die Simulationspatienten</p> <p>1.3.6. Gute Übungssituation & authentische Schauspieler: Kombination von positiven Aussagen über die Übungssituation und authentische Simulationspatienten</p> <p>1.3.7. Gute Einweisung: positive Aussagen über die Einweisung in die Übung durch RoMeTz mit Simulationspatienten und Feedback</p> <p>1.3.8. Gute Einweisung & gute Schauspieler: Kombination von positiven Aussagen zur Einweisung und zu den Simulationspatienten</p> <p>1.3.9. Gute Einweisung & gute Übungssituation:</p>	<p>1.3.2. „... Schauspieler war gut vorbereitet“ oder „... gut gespielt“</p> <p>1.3.3. „... Simulationspatient hat authentisch gespielt“</p> <p>1.3.4. „... die Übung lief gut“</p> <p>1.3.5. „... gute Stimmung und hervorragende Darsteller“</p> <p>1.3.6. „... Gesprächssituation war realistisch, Simulationspatient hat gut gespielt“</p> <p>1.3.7. „... wurde gut vorbereitet“</p> <p>1.3.8. „... gute Schauspieler, ausreichende Einweisung“</p> <p>1.3.9. „... gute Gesprächssituation gute</p>
--	--	---

	Kombination von positiven Aussagen zur Einweisung und zur Übungssituation	Einweisung“
2. Konstruktive Kritik		Als verbesserungswürdig empfand ich ...
	<p>2.1. Verbesserungsvorschläge & Kritik - Feedback</p> <p>Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf Feedback</p> <p>2.1.1. Gruppe:</p> <p>Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf das Feedbackverhalten der Seminargruppe /Studierenden</p> <p>2.1.2. Simulationspatient:</p> <p>Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf das Feedbackverhalten des Simulationspatienten</p> <p>2.1.3. Allgemein:</p> <p>allgemeine Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf Feedback</p> <p>2.1.4. Gruppe & Simulationspatient</p> <p>Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf das Feedbackverhalten der Seminargruppe/Studierenden und des Simulationspatienten</p> <p>2.2. Verbesserungsvorschläge & Kritik – Setting</p> <p>Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die Durchführung des Seminars mit Simulationspatienten</p> <p>2.2.1. Raumqualität:</p> <p>Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf die Räumlichkeit, in der das Seminar stattgefunden hat</p> <p>2.2.2. Fallvariabilität:</p>	<p>2.1.1. „... die Studenten sollten Einweisung ins Feedbackgeben erhalten“</p> <p>2.1.2. „... der Darsteller sollte besseres Feedback geben“</p> <p>2.1.3. „... Feedback kann so nicht funktionieren“</p> <p>2.1.4. „... Studenten und SP waren mit dem Feedbackgeben überfordert“</p> <p>2.2.1. „... Raum könnte besser sein“</p>

	<p>Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf die Anzahl der gespielten Fälle/Gesprächssituationen im Seminar</p> <p>2.2.3. Häufiger Seminare mit Simulationspatienten:</p> <p>Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf die Häufigkeit von Seminaren mit Simulationspatienten</p> <p>2.2.4. Simulationspatient „Variabilität“:</p> <p>Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf den Wechsel von Simulationspatienten in den Seminaren</p> <p>2.2.5. Allgemein:</p> <p>allgemeine Aussagen, und Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf das Setting</p> <p>2.2.6. Raumqualität & Fallvariabilität:</p> <p>Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf die Raumqualität und Fallvariabilität</p> <p>2.2.7. Fallvariabilität & vielfache Seminare mit Simulationspatienten:</p> <p>Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf die Fallvariabilität und auf die Häufigkeit von Seminaren mit Simulationspatienten</p> <p>2.2.8. Raumqualität & vielfache Seminare mit Simulationspatienten:</p> <p>Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf die Häufigkeit von Seminaren mit Simulationspatienten und auf die Raumqualität</p> <p>2.3. Verbesserungsvorschläge & Kritik - Übung</p>	<p>2.2.2. „... wir bräuchten mehr Fallvignetten“</p> <p>2.2.3. „... ein Seminar mit Simulation im Semester reicht nicht aus“</p> <p>2.2.4. „... nicht immer mit dem gleichen Simulationspatienten zu arbeiten“</p> <p>2.2.5. „... das Setting könnten besser sein“</p> <p>2.2.6. „... zu kleiner Raum, zu wenig Fallvignetten“</p> <p>2.2.7. „... mehr Fälle und häufiger Seminare mit SP's“</p> <p>2.2.8. „... bessere Räumlichkeiten und mehr Seminare mit SP's“</p>
--	---	---

	<p>Verbesserungsvorschläge oder Kritik bezüglich der Kommunikationsübung mit den Simulationspatienten</p> <p>2.3.1. Bessere Übungssituation:</p> <p>Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf die Gesprächssituation/Übung im Seminar mit Simulationspatienten</p> <p>2.3.2. Qualitätsverlust durch Wiederholung:</p> <p>Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf den Qualitätsverlust durch mehrfache Wiederholung der Fallvignetten</p> <p>2.3.3. Mehr Bezahlung für die Simulationspatienten:</p> <p>Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf die Bezahlung von Simulationspatienten</p> <p>2.3.4. Allgemein:</p> <p>allgemeine Verbesserungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf die Gesprächsübung mit Simulationspatienten</p>	<p>2.3.1. „... Gespräche sollten realistischer sein“</p> <p>2.3.2. „...im Verlauf entsteht durch Wiederholungsroutine Qualitätsverlust“</p> <p>2.3.3. „... mehr Bezahlung für SP's“</p>
--	--	--